

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DOCTORALE PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
PROGRAMME DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR

FRANKE HUOT-LAURENDEAU

STRATÉGIES D'ADAPTATION ET ENGAGEMENT CONJUGAL CHEZ DES  
ADULTES EN COUPLE AYANT VÉCU UN AVORTEMENT SPONTANÉ

JUILLET 2018

## Composition du jury

Stratégies d'adaptation et engagement conjugal chez des adultes en couple ayant vécu un avortement spontané

Franke Huot-Laurendeau

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Anne Brault-Labbé, directrice de recherche  
(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines)

Audrey Brassard, codirectrice de recherche  
(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines)

Marie Papineau, membre du jury  
(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de Sherbrooke)

Patrick Gosselin, membre du jury  
(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de Sherbrooke)

## Sommaire

L'avortement spontané (fausse couche) représente 15 à 25 % des grossesses, ce qui en fait la complication en contexte de grossesse la plus fréquente (Brier, 2008). Cette perte périnatale et le deuil qui en découle peuvent être associés à des difficultés psychologiques pour l'individu telles l'anxiété et la dépression, mais ils peuvent aussi entraîner des perturbations significatives dans la relation de couple, notamment au niveau de la communication et du soutien entre les partenaires. Des études ont mis en lumière les stratégies d'adaptation pouvant être utilisées pour s'adapter à un tel événement, mais aucune étude ne semble avoir exploré les liens entre les stratégies utilisées par les partenaires en situation de fausse couche et le degré d'engagement dans la relation de couple, une composante centrale du fonctionnement conjugal en contexte de période difficile. Les visées de cette étude quantitative était donc : 1) de décrire l'expérience d'hommes et de femmes ayant traversé un avortement spontané au regard de ces variables; 2) d'explorer les liens entre les stratégies d'adaptation individuelles (orientées vers la perte et orientées vers la restauration) et dyadiques (positives et négatives) utilisées par des adultes en couple pour s'adapter à la perte et leur engagement conjugal (engagement optimal, surengagement, sous-engagement) et; 3) d'explorer les liens entre les stratégies d'adaptation à la perte et la perception de changement de l'engagement conjugal suivant la fausse couche. Pour ce faire, 56 adultes, soit 46 femmes et 10 hommes en couple et en cohabitation avec leur partenaire ayant vécu une fausse couche dans la dernière année, ont répondu à des questionnaires auto-administrés en ligne. Chez les hommes, seules des analyses descriptives ont été

menées, en raison de la faible taille échantillonnale. Les analyses de régression linéaire multiple réalisées auprès des femmes ont montré que toutes les échelles d'adaptation dyadique positives sont liées positivement à l'engagement optimal et que l'échelle d'adaptation dyadique négative y est liée négativement. Les différentes échelles d'adaptation dyadique et les stratégies d'adaptation individuelles ne sont pas liées au surengagement, excepté la stratégie d'adaptation individuelle orientée vers la perte qui présente un lien positif avec ce mode d'engagement. L'échelle d'adaptation dyadique négative est liée positivement au sous-engagement et les échelles d'adaptation dyadique positives y sont liées négativement, excepté l'échelle d'adaptation dyadique de soi. Des corrélations négatives ont été observées entre l'échelle d'adaptation dyadique négative et la perception d'une hausse de l'engagement conjugal à la suite de la fausse couche, alors que les échelles d'adaptation dyadique positives, excepté l'échelle d'adaptation dyadique de soi, sont reliées positivement à cette perception. Globalement, les résultats suggèrent que la manière dont le stress est géré par les partenaires ensemble suivant la fausse couche (adaptation dyadique) est associée à la manière dont s'engagent les femmes dans leur relation de couple à la suite de cette épreuve. Les implications cliniques de ces résultats, comme l'importance de sensibiliser les partenaires du couple au lien entre le type de stratégies d'adaptation qu'ils privilégient et leur fonctionnement conjugal à la suite de la fausse couche, sont présentées dans la discussion, accompagnées de pistes de recherches futures à la lumière des forces et limites de l'étude.

**Mots-clés :** Avortement spontané, périnatalité, deuil, stratégies d'adaptation, engagement conjugal, couple

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Table des matières .....	v
Liste des tableaux .....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	11
Deuil .....	12
Définition et manifestations du deuil en général .....	12
Deuil périnatal .....	24
L'adaptation au deuil .....	28
Le travail du deuil .....	29
Diverses stratégies d'adaptation au deuil .....	31
Modèles intégratifs d'adaptation au deuil .....	36
Adaptation dyadique .....	43
Études empiriques sur l'adaptation des couples au deuil périnatal .....	48
Engagement conjugal .....	51
Définition de l'engagement conjugal .....	52
Modèles d'engagement .....	53
Le modèle multimodal d'engagement conjugal .....	57
Objectifs de l'étude .....	62
Méthode .....	64
Participants et déroulement .....	65
Instruments .....	70
Stratégies d'adaptation .....	71
<i>Dual Coping Inventory</i> .....	72
<i>Dyadic Coping Inventory</i> .....	72
Engagement .....	74
Mesure de contrôle .....	75
Considérations éthiques .....	76
Résultats .....	79
Analyses descriptives .....	80
Analyses préliminaires .....	84

Analyses principales.....	88
Liens entre l'adaptation dyadique et l'engagement optimal.....	89
Liens entre l'adaptation individuelle et le surengagement.....	93
Liens entre l'adaptation dyadique et le sous-engagement.....	93
Liens entre l'adaptation individuelle et dyadique et la perception de changement dans l'engagement conjugal.....	98
Discussion.....	102
Discussion des résultats.....	103
Adaptation et engagement en contexte de perte : vécu des hommes et des femmes.....	104
Adaptation individuelle.....	104
Adaptation dyadique.....	105
Symptômes dépressifs.....	106
Engagement optimal.....	108
Surengagement.....	108
Sous-engagement.....	111
Perception du changement dans l'engagement.....	111
Adaptation et engagement optimal des femmes.....	113
Adaptation et surengagement des femmes.....	117
Adaptation et sous-engagement des femmes.....	121
Adaptation et perception de changement du niveau d'engagement conjugal.....	124
Retombées de l'étude.....	126
Forces, limites et pistes de recherches futures.....	132
Forces.....	132
Limites.....	134
Pistes de recherches futures.....	138
Conclusion.....	141
Références.....	146
Appendice A : Affiche pour les milieux publics de la santé et les groupes de soutien.....	160
Appendice B : Courriel de recrutement.....	162
Appendice C : Questionnaire sociodémographique.....	164
Appendice D : Questionnaire multimodal d'engagement.....	168
Appendice E : Dual Coping Inventory.....	171

Appendice F : Dyadic Coping Inventory .....	173
Appendice G : Inventaire de Dépression de Beck-II .....	177
Appendice H : Formulaire d'information sur la recherche .....	180

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Comparaison des critères diagnostiques du Prolonged Grief Disorder et du deuil complexe et persistant.....	21
2	Moyennes, écart-types, minimum, maximum, asymétrie et aplatissement des variables pour les femmes.....	81
3	Moyennes, écart-types, minimum, maximum des variables pour les hommes.....	83
4	Corrélations de Pearson entre les variables d'engagement, d'adaptation individuelle et d'adaptation dyadique .....	85
5	Corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques continues et les variables principales de l'étude chez les femmes .....	86
6	Analyses de variance multivariées sur les variables d'engagement en fonction des caractéristiques sociodémographiques chez les femmes .....	87
7	Corrélations de Spearman entre les variables de perception de changement de l'engagement conjugal, l'adaptation individuelle et l'adaptation dyadique chez les femmes .....	99
8	Tableau récapitulatif des résultats .....	101



## Remerciements

Cette thèse doctorale peut finalement voir le jour grâce aux encouragements et au soutien de nombreuses personnes. J'aimerais d'abord remercier mes collègues Catherine, Laurie et Anne-Marie avec lesquelles j'ai passé plusieurs heures à rédiger et qui ont su rendre agréables les périodes de rédaction. Un merci particulier à Catherine pour son accueil lors des nombreux *vendredi-thèse*! Je tiens aussi à remercier ma fantastique cohorte avec laquelle j'ai vécu tant de beaux moments. Merci pour l'entraide et le soutien de près comme de loin!

Merci à mes directrices de thèse Anne et Audrey qui ont été indispensables à la réalisation de ce projet. Merci pour votre soutien bienveillant et rassurant. Merci Anne pour la qualité de ton encadrement et tes commentaires toujours faits avec délicatesse. Merci Audrey d'être embarquée avec enthousiasme dans le projet. Tu ne sais pas à quel point je suis reconnaissante de l'aide que tu m'as apportée particulièrement pour la portion statistique du travail. Merci infiniment à vous deux pour votre disponibilité et pour les nombreuses heures de réflexion et de correction.

Enfin, je tiens à remercier ma famille, mes ami.e.s et mon amoureux qui m'ont encouragée et qui se sont montrés réellement intéressés à mon projet. Merci à mes parents de m'avoir aidée à prendre confiance en moi et à persévérer malgré les moments difficiles. C'est en grande partie grâce à vous que je termine ce chapitre de ma vie.

## **Introduction**

Selon différentes études, entre 15 à 25 % des grossesses se terminent en fausse couche (avortement spontané), ce qui en fait la complication la plus commune lors d'une grossesse (Brier, 2008; Canario, Figueiredo, & Ricou, 2011; Gold, Sen, & Hayward, 2010; Kong et al., 2010; Lang & Carr, 2013; Serrano & Lima, 2006; Van den Akker, 2011). Celle-ci peut être définie comme la terminaison involontaire de la grossesse avant la 20<sup>e</sup> semaine (Fenstermacher & Hupcey, 2013; Kersting & Wagner, 2012; McGreal, Evans, & Burrows, 1997) ou la 22<sup>e</sup> semaine (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996; Séjourné, Callahan, & Chabrol, 2008), selon les auteurs. La souffrance et le deuil suivant la perte d'un embryon et d'un fœtus sont des phénomènes peu connus et peu compris par la société de même que par les professionnels de la santé. Les auteurs qui font ce constat rapportent que cette méconnaissance et cette incompréhension pourraient être liées à des perceptions de la perte périnatale comme étant insignifiante et moins susceptible d'avoir des impacts psychologiques significatifs, ce qui mènerait dans certains cas à des commentaires et des interventions qui minimisent la souffrance et le besoin de soutien (Bennett, Litz, Lee, & Maguen, 2005; DiMarco, Renker, Medas, Bertosa, & Goranitis, 2002; Kong, Lok, Lam, Yip, & Chung, 2010).

Les conséquences psychologiques possibles d'un avortement spontané sont donc souvent sous-estimées et peuvent pourtant être importantes, tant pour le couple que pour

chacun des conjoints, bien que les difficultés des mères soient plus étudiées et documentées (Brier, 2008; Kong et al., 2010; Séjourné et al., 2008). Ainsi, Bennett et al. (2005) rapportent que 15 à 25 % des femmes qui vivent une expérience de perte périnatale au sens large, c'est-à-dire la perte d'un enfant par fausse couche, mortinaissance ou mort néonatale, rencontreront des difficultés d'ajustement (perturbations émotionnelles, anxiété, dépression, état de stress post-traumatique) et recourront à de l'aide professionnelle. Allant dans le même sens, la recension de Séjourné et al. (2008) indique que 50% des femmes ayant vécu un avortement spontané connaîtrait une souffrance psychologique significative, se traduisant par des réactions comme le chagrin et le deuil, la dépression, l'anxiété ainsi que le stress et l'état de stress post-traumatique. Bien que moins documenté, le deuil des hommes dans le même contexte serait similaire à celui des femmes, quoique moins intense et de moins longue durée (Beutel et al., 1996). Il semble en fait qu'il n'y aurait pas de différence qualitative entre les hommes et les femmes concernant le sentiment de tristesse, toutefois les hommes ressentiraient moins le besoin de pleurer et de parler de la perte. En outre, selon l'étude de Franche (2001), pour les hommes, le deuil serait particulièrement accru lorsqu'il y a des difficultés conjugales. En effet, cette auteure montre que la perception d'un meilleur ajustement conjugal est associée à moins de difficultés d'adaptation et moins de désespoir chez les hommes.

Il est aussi connu que le fonctionnement conjugal suivant la perte périnatale au sens large peut être perturbé et que des difficultés en lien notamment avec la façon

distincte des conjoints de vivre le deuil peuvent survenir (Gilbert, 1989; McGreal et al., 1997; Wing, Burge-Callaway, Clance, & Armistead, 2001). Plusieurs études qualitatives et quantitatives ayant été effectuées auprès de parents et de couples ayant vécu la perte d'un enfant (incluant en contexte périnatal) révèlent que, bien que certains parents vont vivre la perte comme une expérience qui les rapproche et qui a un effet positif sur leur union, d'autres couples rencontreront des difficultés dans plusieurs facettes de leur relation conjugale (Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling, & Erlandsson, 2013; Cacciatore, Lacasse, Lietz, & McPherson, 2013; Gilbert 1989). Bien qu'aucune relation de cause à effet n'ait été démontrée, certaines études suggèrent même que les difficultés rencontrées suivant la perte périnatale pourraient être une source potentielle de rupture d'union, puisque la probabilité de vivre un divorce est plus élevée pour les femmes qui auront vécu une expérience de perte périnatale au cours de leur vie (Gold et al., 2010; Shreffler, Hill, & Cacciatore, 2012). En ce qui a trait spécifiquement à la perte par avortement spontané, Shreffler et al. (2012) ont observé que les femmes ayant vécu une fausse couche rapportent plus de divorce au cours de leur vie (32 %) comparativement aux femmes qui n'ont pas vécu de perte périnatale (27 %), cette différence étant statistiquement significative. Il semble par ailleurs que les couples qui rapportent le plus de difficultés dans leur relation conjugale après une telle perte sont ceux qui avaient, préalablement à la grossesse, une relation instable (Gold et al., 2010).

Parmi les difficultés rencontrées par les couples éprouvés par une perte périnatale, les auteurs rapportent notamment des tensions pouvant apparaître en ce qui a

trait à la communication et au soutien entre conjoints. En effet, selon Bennett et al. (2005), une telle perte peut occasionner une détérioration de la communication dans le couple, certains conjoints ayant l'impression qu'échanger au sujet de la perte crée plus de souffrance et ne percevant pas le potentiel de soutien et de compréhension mutuelle que cela offre. De plus, la façon d'échanger et de communiquer au sujet de la perte est grandement teintée par la capacité des conjoints de parler de leurs sentiments (Fréchette-Piperni, 2005). Une autre difficulté liée à la communication est rencontrée lorsque des attentes irréalistes sont entretenues à l'endroit du ou de la partenaire (Fréchette-Piperni, 2005). Par exemple, il n'est pas rare que les conjoints vivent de la déception et de la frustration l'un face à l'autre puisqu'ils s'attendent à ce que leur partenaire devine leurs attentes et leurs besoins. Ils peuvent aussi espérer que leur partenaire soit en mesure de leur donner ce qu'ils souhaitent alors que ce n'est pas toujours le cas.

En ce sens, il est démontré que le soutien conjugal déficient peut créer des difficultés dans la relation de couple, celui-ci étant associé à une plus grande incidence, intensité et durée des symptômes de deuil chez les femmes et les hommes suivant une perte périnatale (Wing et al., 2001). Il apparaît que le soutien du partenaire soit même un aspect clé de l'adaptation psychologique suivant la perte périnatale, et ce, particulièrement pour les femmes (Canario et al., 2011). À cet effet, Beutel et al. (1996) ont montré que le manque de soutien conjugal est un déterminant important des réactions dépressives aiguës et durables chez les femmes. En outre, ils ont montré qu'il existe un lien entre un état irritable et déprimé en réaction à la perte chez les femmes et

les plaintes de celles-ci à l'effet que leur partenaire évite de parler de la fausse couche, élément qui augmenterait les conflits entre eux. Dans cette étude, globalement, 14 % des femmes se plaignaient que leur partenaire évitait le sujet et 75 % rapportaient que leur partenaire se montrait compréhensif au moment de la perte mais non par la suite. Dans le même sens, l'étude de De Ville et al. (2013) révèle que le soutien reçu de la part du conjoint serait un facteur qui contribuerait positivement à l'ajustement des femmes à la fausse couche : il leur permettrait de recourir à des stratégies adaptatives qui conduiraient à moins de dépression et à une meilleure résolution du processus de deuil.

Un autre exemple de difficulté potentielle rencontrée par les couples en contexte de perte périnatale se rapporte à la tendance à blâmer la mère pour la mort de l'enfant à naître, ce qui induit de la souffrance tant dans la relation de couple que dans l'adaptation de chacun des partenaires (Wing et al., 2001). Malheureusement, bien que d'autres explications soient données par le médecin, beaucoup de pères et de mères continuent de croire que la mère est de quelque façon responsable de la mort de l'enfant. Dans une étude de Stirtzinger et al. (1999), 41 % des femmes se jugeaient partiellement responsables de la fausse couche et 7 % se sentaient totalement responsables, et ce, un an après leur fausse couche.

La sexualité peut également être affectée lors de la perte d'un enfant (incluant en contexte périnatal). Selon la recension des écrits de Wing et al. (2001), il semble que les femmes vivent une perte d'intérêt et de plaisir dans la sexualité alors que les hommes

verraient plutôt dans la sexualité une source de réconfort. Une étude chez les couples en situation de fausses couches récurrentes révèle à cet effet qu'une plus grande sévérité des symptômes de deuil chez les hommes est reliée à une diminution de la qualité de la vie sexuelle alors que la sévérité des symptômes de deuil de la femme serait plutôt reliée à la qualité de la communication dans le couple (Serrano & Lima, 2006).

Considérant l'ensemble de ces possibles répercussions d'une perte périnatale, et dans l'esprit de mieux soutenir les couples éprouvés par une fausse couche, il importe de mieux comprendre les différentes stratégies d'adaptation utilisées par les partenaires pour faire face aux difficultés rencontrées et de mieux comprendre le rôle de celles-ci sur leur adaptation conjugale. En effet, l'étude des stratégies d'adaptation en contexte de deuil périnatal semble une variable particulièrement pertinente pour aborder la manière dont les partenaires font face aux difficultés pouvant être générées par la perte. À cet effet, McGreal et al. (1997) soutiennent que les différences entre les conjoints dans les stratégies d'adaptation utilisées ainsi que dans le rythme du processus de deuil peuvent avoir des effets négatifs sur la relation de couple. Plus précisément, Kersting et Wagner (2012) rapportent dans leur recension des écrits que les mécanismes d'adaptation utilisés par les hommes diffèrent de ceux des femmes et que ces différences peuvent souvent contribuer à des malentendus et des conflits dans la relation. Ils rapportent également que la relation de couple peut être à risque lorsque des processus de deuil entre les partenaires sont inégaux ou non congruents, autrement dit différents, soit par les stratégies d'adaptation utilisées ou par le rythme du processus de deuil. Enfin, il semble



que l'un des défis que rencontre l'individu lors d'un deuil périnatal est de soutenir son partenaire tout en s'adaptant lui-même à la perte, d'une façon qui lui soit propre (Fréchette-Piperni, 2005; Kersting & Wagner, 2012).

Les stratégies d'adaptations utilisées en situation de perte périnatale, et plus particulièrement en contexte de fausse couche, gagnent donc à être investiguées en lien avec des aspects centraux du fonctionnement conjugal afin de mieux comprendre leur importance dans la manière de traverser cet événement. À titre d'exemple, l'intimité conjugale, élément central du fonctionnement amoureux selon divers modèles (Hazan & Shaver, 1987; Sternberg, 1986), a déjà été étudiée afin de mieux comprendre son lien avec les stratégies d'adaptations utilisées en situation de deuil périnatal (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2013; Serrano & Lima, 2006). Toutefois, l'engagement conjugal, autre variable reconnue comme centrale au fonctionnement conjugal (Brault-Labbé, Brassard & Gasparetto, 2017; Johnson, 1973; Levinger, 1965; Rusbult, 1980) n'a jamais fait l'objet de telles études à notre connaissance en contexte de perte périnatale. L'importance de cette variable vient notamment du fait qu'elle est associée à la satisfaction conjugale (Brault-Labbé et al., 2017; Rusbult, Martz, & Agnew, 1998) ainsi qu'à différents indicateurs de bien-être psychologique (Brault-Labbé et al., 2017). En outre, l'engagement apparaît comme une variable du fonctionnement conjugal particulièrement pertinente en contexte de perte périnatale puisque le processus d'engagement est véritablement manifeste lors de la survenue d'adversités susceptibles de mettre à l'épreuve la persistance dans la relation à l'objet d'engagement (Brault-

Labbé & Dubé, 2009). Enfin, en utilisant un modèle conceptuel qui s'intéresse à la fois à l'engagement optimal et aux difficultés d'engagement en contexte de perte périnatale (*Modèle multimodal d'engagement conjugal*, Brault-Labbé et al., 2017), l'étude de cette variable est susceptible d'offrir un éclairage à la fois sur les individus dont la relation de couple est éprouvée par la perte et sur ceux qui rapportent des améliorations dans leur relation de couple malgré les épreuves.

En somme, la perte périnatale par avortement spontané constitue une problématique dont les implications pour les individus et pour la relation de couple demeurent souvent méconnues, sous-estimées et peu étudiées. Afin de contribuer à une meilleure compréhension de cette réalité, la présente étude propose de se pencher sur l'existence de liens entre les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées par des adultes en couple traversant une perte périnatale par fausse couche et cette facette centrale du fonctionnement conjugal que constitue l'engagement dans la relation de couple.

La première section de cette thèse doctorale présente le contexte théorique, qui propose une recension des écrits portant sur les variables à l'étude. Les définitions et les différentes conceptualisations du deuil, de l'adaptation et de l'engagement conjugal y sont présentées et des études empiriques qui s'y rapportent sont rapportées et critiquées. Cette première section se termine par la présentation des objectifs et questions à l'étude. La deuxième section décrit la méthode privilégiée pour cette étude. Ainsi, le mode de

recrutement, les caractéristiques de l'échantillon, les instruments utilisés ainsi que les considérations éthiques y sont exposés. La troisième section présente les résultats issus des analyses descriptives, des analyses préliminaires, puis des analyses principales effectuées avec les variables à l'étude. La quatrième section concerne la discussion des résultats. Cette section permet de situer les résultats de l'étude par rapport aux connaissances existantes et présente les retombées, les forces et les limites de l'étude, ainsi que les pistes pour de futures recherches. Enfin, la conclusion de cette recherche se retrouve dans la cinquième section.

## **Contexte théorique**

Le présent chapitre présente les assises théoriques sur lesquelles s'appuie cette étude doctorale et comporte quatre sections. La première porte sur le concept du deuil dans sa conception générale ainsi que dans sa conception spécifique au contexte de perte périnatale (et plus particulièrement d'avortement spontané). En deuxième lieu, divers modèles théoriques et travaux empiriques portant sur les stratégies d'adaptation au deuil sont abordés. La troisième section présente la notion d'engagement conjugal et expose sa pertinence dans le cadre particulier de l'adaptation à la perte périnatale par avortement spontané. Finalement, la dernière section précise les objectifs de l'étude.

## **Deuil**

### **Définition et manifestations du deuil en général**

Le deuil est un concept complexe puisqu'il englobe une multitude de situations de pertes reliées ou non à la mort. En effet, il est utilisé afin de définir les réactions à des pertes à la fois réelles et symboliques; qu'il s'agisse de la perte d'un individu, d'un objet, d'un animal, d'une relation, d'un travail, d'un rêve de vie, d'une fonction corporelle, d'un idéal, d'un pays, etc. (Beutel et al., 1996; Freud, 1917; Martin & Doka, 2000; Winokuer & Harris, 2015). Au sens large, l'expérience de perte peut être définie comme une privation réelle ou perçue de quelque chose ou de quelqu'un qui est considéré significatif et dont le retour n'est plus possible (Winokuer & Harris, 2015).

Pour l'intérêt de cette étude, c'est davantage le concept de deuil en situation de perte d'un être cher qui sera abordé, tout en reconnaissant que ce type de perte engendre fréquemment de multiples autres deuils secondaires. Tel que reconnu dans la littérature scientifique et clinique, ce type de deuil est brièvement défini comme étant la réaction biopsychosociale à la perte par décès d'une « personne significative » (Bourgeois, 2013; Brier, 2008; Martin & Doka, 2000). Il s'agit d'une réaction normale et universelle lorsque l'individu se trouve confronté à la perte d'un être cher (Chan, 2011). Lindemann (1944) fut l'un des premiers à étudier le deuil dit « normal » en observant 101 personnes ayant vécu le décès d'un proche dans différents contextes; durant un traitement, à l'hôpital, lors d'une tragédie (incendie) et dans les forces armées. C'est en observant les membres de la famille de personnes ayant perdu la vie qu'il a pu recenser certaines caractéristiques du deuil. Ainsi, cinq catégories de manifestations similaires ont été répertoriées : 1) une détresse somatique; 2) une préoccupation liée à l'image de la personne décédée; 3) une culpabilité liée à la personne décédée ou aux circonstances entourant la mort; 4) des réactions hostiles; 5) une incapacité à fonctionner comme avant la perte (Lindeman, 1944). Il a ajouté une sixième caractéristique, soit « l'adoption dans ses comportements des traits de la personne décédée », qui était toutefois observée moins fréquemment.

Si certaines critiques ont été proférées envers la méthodologie de l'étude de Lindemann (1944), il n'en reste pas moins que les manifestations du deuil répertoriées

aujourd'hui sont très similaires à celles décrites par ce dernier (Worden, 2008). Ainsi, divers auteurs s'entendent en grande partie sur les différents symptômes associés à un deuil normal et en voici des regroupements selon les quatre catégories proposées par Worden (2008).

La première catégorie de symptômes concerne les *sentiments* : tristesse (Glick, Weiss, & Parkes, 1974; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), déprime (Parkes, 1998), colère (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), irritabilité (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Parkes, 1998), culpabilité (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), anxiété (Glick et al., 1974; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998; Worden, 2008), solitude (Worden, 2008), fatigue (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Worden, 2008), impuissance (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), choc (Glick et al., 1974; Worden, 2008), sentiment de perte de contrôle de soi (Glick et al., 1974), nostalgie (Parkes, 1998; Worden, 2008), émancipation (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), soulagement (Glick et al., 1974; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008) et engourdissement (Glick et al., 1974; Parkes, 1998; Worden, 2008). Les sentiments de jalousie, de honte et de peur sont également soulevés par Martin et Doka (2000).

La deuxième catégorie de symptômes concerne les *sensations physiques* : sensation de vide dans l'estomac (Worden, 2008), serrement dans la poitrine (Worden, 2008), serrement dans la gorge (Lindemann, 1944; Worden, 2008), hypersensibilité aux

bruits (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), dépersonnalisation (Worden, 2008), sensation de souffle coupé (Lindemann, 1944; Worden, 2008), faiblesse dans les muscles (Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), manque d'énergie (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008) et bouche sèche (Worden, 2008). Il est aussi possible de voir des maux de tête, des nausées, des irrégularités dans les menstruations chez les femmes ainsi que des douleurs physiques (p. ex., maux de cou ou de dos) (Glick et al., 1974; Martin & Doka, 2000).

La troisième catégorie de symptômes est celle des *réactions cognitives* : incrédulité (Glick et al., 1974; Worden, 2008), confusion (Glick et al., 1974; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), préoccupations (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), impression de présence du défunt (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998; Worden, 2008) et hallucinations (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Parkes, 1998; Worden, 2008). Une difficulté de concentration est également rapportée par certains auteurs (Glick et al., 1974; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998).

Finalement, dans la quatrième catégorie sont énumérés les symptômes *comportementaux* : avoir le sommeil ou l'appétit perturbé (Glick et al., 1974; Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998; Worden, 2008), agir avec distraction (Worden, 2008), se retirer socialement (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), rêver à la personne décédée (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), éviter des choses ou des situations qui rappellent la personne décédée (Lindemann, 1944; Martin &



Doka, 2000; Worden, 2008), rechercher et appeler la personne décédée (Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998; Worden, 2008), soupirer (Lindemann, 1944; Worden, 2008), être hyperactif (Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Worden, 2008), pleurer (Glick et al., 1974; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998; Worden, 2008), visiter des endroits ou porter avec soi des objets qui rappellent la personne décédée (Martin & Doka, 2000; Worden, 2008) et chérir des objets appartenant à la personne décédée (Worden, 2008). Il semble qu'un autre comportement susceptible d'apparaître est une augmentation de la consommation d'alcool, de cigarette et d'autres composés chimiques (Martin & Doka, 2000). Ces deux derniers auteurs soulignent également la dimension de spiritualité dans laquelle ils incluent des réactions comme la recherche d'un sens à la perte ainsi que les changements dans les comportements, croyances et sentiments spirituels.

Bien que les manifestations du deuil puissent être semblables à celles de la dépression, il est possible de départager ces phénomènes. Les auteurs dénotent entre autres qu'il n'y a généralement pas de perte d'estime de soi lors d'un deuil et que, si tel est le cas, elle ne perdure pas comme dans le cas d'une dépression (Freud, 1917; Worden, 2008). De plus, lorsqu'il y a présence de culpabilité dans un deuil, elle est habituellement associée à un aspect spécifique de la perte plutôt qu'à un sentiment général de culpabilité. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association [APA], 2013) considère le deuil comme un critère nécessitant une attention particulière avant l'émission d'un diagnostic de dépression. En effet, le *DSM-5* (APA, 2013) reconnaît la possibilité qu'une perte significative puisse

comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Le *DSM-5* s'appuie sur le jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un tel contexte afin de délimiter la présence ou non d'un épisode dépressif surajouté aux symptômes considérés normaux du deuil.

D'autre part, le deuil normal est à différencier non seulement de la dépression mais également du deuil traumatique (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Mormont, 2009) et du deuil « compliqué » (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995), que d'autres auteurs ont aussi appelé deuil « prolongé » (Prigerson et al., 2009), deuil « pathologique » (Jacobs, 1993) ou « deuil complexe et persistant » (APA, 2013). Parfois utilisées de manière interchangeable, ces différentes appellations reflètent les efforts des multiples auteurs qui ont cherché à définir les complications du deuil qui méritent une attention particulière au plan clinique (Rando et al., 2012). De façon générale, plusieurs indices amènent les cliniciens à considérer la présence de complications liées au deuil. Ces signes sont : a) lorsque l'intensité du deuil s'aggrave plutôt que de s'améliorer ou lorsque les capacités de l'individu de compenser pour la perte commencent à se dégrader avec le temps, b) lorsque les capacités de l'individu à fonctionner au quotidien sont compromises et c) lorsque l'individu ressent le sentiment d'être coincé dans un profond deuil et traumatisme qui perdurent plusieurs mois (Winokuer & Harris, 2015). Voici tout de même une brève présentation des définitions et

des distinctions entre les conceptualisations du deuil traumatique et du deuil compliqué plus particulièrement.

En ce qui a trait au deuil traumatique, Jacobs et al. (2000) décrivent que les symptômes de deuil doivent survenir à la suite de la perte d'un être significatif et inclure une angoisse de séparation importante et intrusive (Critère A). Mormont (2009) souligne en effet que le traumatisme est « la blessure psychique provoquée par un événement insupportable ». Selon lui, le deuil traumatique est l'enchevêtrement de l'état de deuil et de l'état traumatique qui ont pour fin des processus opposés. Il explique que le deuil vise le détachement alors que le traumatisme contraint à l'attachement, soit à la répétition de la scène traumatique, ce qui peut compliquer l'atténuation de la douleur. D'autres symptômes reflétant l'état de dévastation de l'endeuillé doivent être marquants et persistants dans le cas d'un deuil traumatique (Critère B) (Jacobs et al., 2000). Enfin, le diagnostic de deuil traumatique selon Jacobs et al. (2000) implique que les symptômes doivent être présents durant au moins deux mois (Critère C) et que la présence des symptômes doit induire une perturbation significative du fonctionnement de la personne (Critère D).

Jacobs et al. (2000) expliquent que les individus endeuillés peuvent développer un deuil traumatique selon deux trajectoires. La première est lorsque la personne vit une expérience de *perte traumatique*. Ce type de perte est défini comme étant une perte soudaine ou violente comme lors d'accidents, de crimes ou de désastres naturels. Les

auteurs rapportent que l'exposition à une telle perte peut bouleverser certaines conceptions fondamentales et certitudes envers le monde et ainsi troubler l'attachement d'un individu (même si cette personne n'a pas de vulnérabilité préexistante sur ce plan). Il semble donc que l'expérience de fausse couche puisse représenter une expérience de perte traumatique, notamment par le caractère inattendu et brutal de la perte, susceptible d'engendrer des symptômes de stress post-traumatique (Séjourné et al., 2008) et de deuil traumatique (Brillon, 2012). La deuxième trajectoire pouvant mener à un deuil traumatique est lorsque l'endeuillé présente des vulnérabilités sur le plan du style d'attachement avant la perte. Ici, la perte n'est donc pas nécessairement le résultat d'une *perte traumatique*. Cette définition est similaire à celle décrite par Winokuer et Harris (2015), où le deuil traumatique met l'accent sur l'expérience et les réponses de l'individu en deuil et non sur les événements entourant la mort en soi. Il semble que de plus amples études devraient être réalisées concernant ce type de complication au deuil qui est à différencier du deuil compliqué (Rando et al., 2012).

Tel que le rapportent Rando et al. (2012), il existerait plusieurs formes de deuil compliqué. L'une des conceptualisations bien connues dans la littérature du deuil compliqué est celle d'Horowitz et ses collègues (1997). Ces auteurs ont proposé deux critères afin de présenter le deuil compliqué : la présence de la perte d'un proche qui a eu lieu il y a minimalement 14 mois (critère A) et la présence durant le dernier mois de trois symptômes sur sept qui sont sévères au point d'interférer avec le fonctionnement quotidien de la personne (critère B). Ces symptômes diagnostics sont soit des

symptômes intrusifs (p. ex., fantaisies reliées à la relation perdue; émotions douloureuses et sévères reliées à la relation perdue) ou des signes d'évitement et d'incapacité à s'adapter (p. ex., sentiment d'être vide; évitement des gens, des endroits ou des activités qui rappellent le défunt; difficultés de sommeil; perte d'intérêt dans diverses sphères de vie). Ils précisent qu'un critère de 12 mois doit être évité en raison des bouleversements « attendus » survenant lors de l'anniversaire de décès.

Une autre conceptualisation s'est révélée importante dans l'étude des complications du deuil puisqu'elle permettrait selon Rando et al. (2012) de catégoriser un syndrome qui rencontre les standards scientifiques de recherche attendus par le *DSM-5* (APA, 2013). Ce syndrome, le *Prolonged Grief Disorder* (PGD; Prigerson et al., 2009), a été défini par des experts dans le domaine du deuil qui cherchaient à établir des critères consensuels des complications du deuil. La symptomatologie du PGD englobe les manifestations décrites dans les conceptualisations du deuil compliqué et du deuil traumatique (Prigerson et al., 2009). De nombreux rapprochements sont à faire entre le PGD et le deuil complexe et persistant du *DSM-5* (APA, 2013), qui nécessiterait par ailleurs des études plus approfondies et dont la conceptualisation gagne à être clarifiée.

Une étude s'est toutefois récemment penchée sur la validation du deuil complexe et persistant en développant le questionnaire *Persistent Complex Bereavement Inventory* (PCBI; Lee, 2015). La recherche de Lee (2015) révèle entre autres que les sous-échelles du PCBI sont fortement associées aux symptômes du PGD (voir le Tableau 1 pour une

Tableau 1

*Comparaison des critères diagnostiques du Prolonged Grief Disorder et du deuil complexe et persistant*

<i>Prolonged Grief Disorder</i>	Deuil complexe et persistant
<p><b>A. Événement</b> : Perte d'un être cher</p> <p><b>B. Anxiété de séparation</b> : La personne endeuillée s'ennuie du défunt et désire sa présence (p. ex., douleur émotionnelle ou physique associée au désir et à l'impossibilité d'être avec l'être aimé) à tous les jours ou à un degré significatif.</p> <p><b>C. Symptômes cognitifs, émotionnels et comportementaux</b> : La personne endeuillée doit avoir au moins cinq des symptômes suivants à tous les jours ou à un degré significatif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (p. ex., penser qu'une partie de soi est morte)</li> <li>2. Difficulté à accepter la perte</li> <li>3. Évitement des éléments ramenant à la réalité de la perte</li> <li>4. Incapacité à faire confiance aux autres depuis la perte</li> <li>5. Amertume ou colère reliée à la perte</li> <li>6. Difficulté à poursuivre sa vie (p. ex., se faire de nouveaux amis, poursuivre ses intérêts)</li> <li>7. Absence d'émotions depuis la perte</li> <li>8. Sentiment que la vie est insatisfaisante, vide ou manque de sens depuis la perte</li> <li>9. Sentiment de choc face à la perte</li> </ol> <p><b>D. Temps</b> : Le diagnostic ne doit pas être posé avant au moins 6 mois suivant la perte.</p> <p><b>E. Détérioration</b> : Les perturbations causent des difficultés cliniquement significatives sur le plan social, professionnel ou dans d'autres sphères importantes de fonctionnement (p. ex., responsabilités domestiques).</p> <p><b>F. Liens avec d'autres maladies mentales</b> : Les perturbations ne sont pas mieux expliquées par un trouble dépressif majeur, un trouble d'anxiété généralisé ou un trouble de stress post-traumatique.</p>	<p><b>A. La personne a perdu par décès un de ses proches</b></p> <p><b>B. Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fort désir/besoin persistant concernant le défunt. Pour les enfants en bas âge, ce désir peut être exprimé dans le jeu et le comportement, y compris les comportements qui représentent la séparation mais également les retrouvailles, avec un aidant ou une figure d'attachement.</li> <li>2. Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.</li> <li>3. Préoccupation à propos du défunt.</li> <li>4. Préoccupation à propos des circonstances du décès. Chez les enfants, cette préoccupation par le défunt peut être exprimée dans la thématique des jeux et dans les comportements et peut se poursuivre par des préoccupations à propos de la mort d'autres proches.</li> </ol> <p><b>C. Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours, et à un degré cliniquement significatif, et persistent depuis au moins 12 mois chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant.</b></p> <p><b>Détresse réactionnelle à la mort</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Difficulté marquée à accepter le décès.</li> <li>2. Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.</li> <li>3. Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.</li> <li>4. Amertume ou colère en lien avec la perte.</li> <li>5. Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (p. ex., auto-accusations).</li> <li>6. Évitement excessif de ce qui rappelle la perte (p. ex., évitement des individus, des endroits ou des situations associées au défunt; chez l'enfant, cela peut inclure l'évitement des pensées et des sentiments concernant le</li> </ol>

	<p>défunct).</p> <p><b>Rupture sociale/identitaire</b></p> <p>7. Désir de mourir afin d'être avec le défunt.</p> <p>8. Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.</p> <p>9. Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès.</p> <p>10. Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.</p> <p>11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (p. ex., penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt).</p> <p>12. Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur (p. ex., amitiés, activités).</p> <p><b>D.</b> La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.</p> <p><b>E.</b> La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.</p> <p><i>Spécifier si :</i></p> <p>Avec deuil traumatique : Deuil dû à un homicide ou à un suicide avec des préoccupations pénibles persistantes concernant la nature traumatique de la mort (souvent en réponse aux rappels de la disparition), y compris les derniers moments du défunt, le degré de souffrance et de mutilations, ou la nature malveillante ou intentionnelle de la mort.</p>
--	---

*Note.* Les critères diagnostiques du *Prolonged Grief Disorder* sont tirés de Prigerson et al. (2009, p. 9), traduction libre. Les critères diagnostiques du deuil complexe et persistant proposés par le DSM-5 sont tirés de l'APA (2013, pp. 926-927).

comparaison des syndromes). Si les critères A, B et C des deux syndromes sont similaires en ce qui a trait aux symptômes proposés, ils diffèrent toutefois concernant les critères de temps. Le DSM-5 suggère que le deuil complexe et persistant peut être diagnostiqué seulement lorsque les symptômes persistent sur une période minimale de 12 mois (contrairement au PGD qui peut être diagnostiqué dès 6 mois suivant la perte) et qu'ils interfèrent avec les capacités de l'individu de fonctionner dans son quotidien. Le *DSM-5* propose d'ajouter la spécification d'un deuil traumatique, ce qui n'est pas le cas du PGD. Malgré ces distinctions, il est indéniable qu'il existe des similitudes entre le PGD et le deuil complexe et persistant, même que Rando et al. (2012) présentent le deuil complexe et persistant du *DSM-5* comme étant une version modifiée du PGD. Poussant cette idée plus loin, Maciejewski, Maercker, Boelen et Prigerson (2016) affirment que le PGD et le deuil complexe et persistant ne sont en réalité qu'une seule et même entité diagnostique.

En somme, plusieurs chercheurs ont tenté d'étudier les différentes manifestations de complication du deuil et il semble qu'un consensus se dessine quant au deuil compliqué autour des définitions du PGD et du deuil complexe et persistant. Accompagnant sa description du diagnostic proposé de deuil complexe et persistant, le *DSM-5* (2013) précise que la mort d'un enfant ainsi que le fait d'être une femme sont des facteurs de risque qui augmentent la probabilité de développer un deuil complexe et persistant. Ces informations appuient l'importance de s'intéresser à la notion de deuil dans le cadre de la perte d'un enfant par fausse couche.



En ce qui a trait à la durée du deuil, bien qu'il n'existe pas de consensus sur des critères de normalité à cet égard, certains auteurs se prononcent sur des tendances observées, allant de plusieurs mois à plusieurs années. Parkes (1998) suggère que les individus se rétablissent habituellement au cours de la deuxième année suivant la perte. Cette vision va dans le même sens que celle de Fauré, psychiatre spécialiste dans l'accompagnement des personnes endeuillées, qui mentionne que c'est dans les 6 à 10 mois suivant la perte de l'être cher que la douleur associée serait à son apogée (Fauré, 2012). Les résultats de l'étude de Glick et al. (1972) auprès de 49 veuves démontrent entre autres qu'un an suivant la mort de leur mari, la majorité des veuves rapportaient que leur niveau d'énergie était revenu à la normale. Dans le même sens, la revue de la documentation de Bonanno et Kaltman (2001) propose que la majorité des individus retournent à leur niveau habituel de fonctionnement dans la première année suivant la perte, bien que certains aspects du deuil peuvent être présents des années après la perte. Il semble également que certaines nuances soient à apporter selon le type de perte vécue. En effet, Wortman et Silver (1989) concluent pour leur part que le deuil peut être interminable pour certains individus qui ont vécu une perte soudaine puisqu'ils ne parviennent pas à trouver un sens à la perte et continuent de se questionner sur les raisons de l'événement.

### **Deuil périnatal**

Une recension portant sur le concept de deuil périnatal indique que celui-ci n'est

pas défini de manière consensuelle dans la littérature scientifique (Fenstermacher & Hupcey, 2013). Selon Wing et al. (2001), le deuil suivant une perte périnatale peut être considéré comme un processus continu d'adaptation à des épisodes récurrents d'intense douleur émotionnelle, accompagnés par des perturbations chroniques du fonctionnement social. Contrairement à certains auteurs qui proposent que la majorité des personnes qui ont vécu différentes pertes s'ajustent généralement sans symptôme majeur nuisant à leur fonctionnement (Bonanno & Kaltman, 2001), cette définition met l'accent sur la sévérité des symptômes liés à la perte périnatale, ce qui pourrait s'expliquer entre autres par le manque de reconnaissance et la minimisation de ce type de perte. De plus, le fait d'avoir très peu de souvenirs tangibles rattachés au bébé en contexte périnatal ferait en sorte que la perte peut sembler irréaliste et être plus difficile à surmonter (Chan, 2011; Fréchette-Piperni, 2005). En outre, il est rapporté par certains auteurs que la perte d'un enfant (tout âge confondu, incluant le contexte périnatal) est associée à une expérience de deuil particulièrement sévère, qui perdure et qui est compliquée tout en étant accompagnée de symptômes fluctuant en intensité et en durée (Lang & Carr, 2013; Wing et al., 2001).

À cet effet, il n'existe pas non plus de consensus chez les auteurs concernant la durée du deuil périnatal. Selon Beutel et al. (1996), ce dernier s'atténuerait autour du sixième mois après la perte. Il semble toutefois normal que les parents vivent des symptômes dépressifs longtemps suivant la perte de leur bébé. En effet, Kersting et Wagner (2012) rapportent que l'intensité des symptômes de deuil diminue habituellement durant les 12 premiers mois suivant la perte. Ils mentionnent par ailleurs

que selon des études longitudinales, les symptômes d'un processus de deuil normal disparaîtraient sur une période de deux ans suivant la perte. Similairement, Fréchette-Piperni (2005) rapporte que la longueur du deuil est très variable et que le processus de deuil peut durer de quelques semaines à un ou deux ans, et parfois un peu plus. Selon l'étude de Murray et Callan menée en 1988 et rapportée par Wing et al. (2001), les parents endeuillés étaient en moyenne significativement plus dépressifs 2,25 ans après la perte d'un enfant que le groupe contrôle, tout en présentant par ailleurs un degré de dépression inférieur à celui des individus du groupe présentant un état dépressif.

Malgré l'absence de consensus quant à la conceptualisation du deuil périnatal, Fenstermacher et Hupcey (2013) proposent une description qui se veut utile pour les chercheurs et les cliniciens de différents milieux :

Le deuil périnatal est une expérience parentale qui débute immédiatement suivant la perte d'un enfant par décès soit par fausse couche, par mortinaissance [enfant mort-né], par perte néonatale [mort suivant la naissance] ou encore par une terminaison volontaire de la grossesse lors d'anomalies fœtales. Il est caractérisé par une réponse émotionnelle complexe; il est souvent manifesté par un deuil tant chez la mère que chez le père, mais l'expression de celui-ci se fait différemment par les hommes et les femmes, notamment en ce qui a trait à la durée et à l'intensité du deuil. Les réactions de deuil sont influencées par des facteurs situationnels (nombre d'enfants vivants, perte périnatale récurrente), internes (genre, attachement, personnalité) et externes (culture, tradition/religion, soutien). Il n'y a pas de délai défini concernant la durée du deuil périnatal bien que certaines interventions comme créer des souvenirs, nommer son bébé, tenir l'enfant dans ses bras et faire une cérémonie funéraire puissent diminuer l'intensité et la durée des réactions de deuil. ([traduction libre] (Fenstermacher & Hupcey, 2013, p. 2394).

Certains travaux laissent également croire qu'un consensus est difficile à obtenir pour une définition du deuil périnatal puisque celui-ci peut présenter des particularités selon le contexte de la perte, notamment la situation particulière d'avortement spontané (fausse couche) faisant l'objet de la présente étude. Par exemple, l'étude de McGreal et al. (1997) ayant comparé chez des femmes l'expérience de la perte par avortement spontané et par mortinaissance a montré que les premières débute plus tardivement leur processus de deuil comparativement aux secondes. De plus, il semble qu'il existe non seulement des différences entre les groupes, mais également à l'intérieur même du type de perte par fausse couche. En effet, Fréchette-Piperni (2005) explique certaines différences dans l'expérience que peuvent vivre les parents selon qu'ils perdent leur enfant d'une fausse couche précoce, qui se déroule avant 15 semaines de grossesse, ou d'une fausse couche tardive, qui se déroule entre 15 et 20 semaines de grossesse. Lors d'une fausse couche précoce, il peut être plus difficile pour certains parents de faire leur deuil dû à l'absence de preuve de l'existence du bébé. Il semble que bien souvent, lorsque la grossesse s'arrête mais que le diagnostic est fait quelques semaines plus tard, le bébé a perdu ses caractéristiques visibles et est enlevé par curetage. Ainsi, les parents peuvent vivre cette situation de manière éprouvante puisqu'ils n'ont rien afin de se prouver à eux-mêmes et à leur entourage qu'ils allaient véritablement être parents. D'un autre côté, lors d'une fausse couche après 15 semaines, la perte du bébé est, pour bien des parents, plutôt ressentie comme un accouchement prématuré et non une fausse couche puisque plusieurs mères doivent accoucher vaginalement de leur petit bébé. Il semble aussi que la perte du bébé en tant que tel ne soit pas toujours la perte la plus

difficile à surmonter dans le deuil des parents, la perte d'un rêve et d'un idéal familial pouvant prendre davantage de place (Fréchette-Piperni, 2005).

Dans cet esprit, Brier (2008) est d'avis que s'ajoutent à la perte suivant un avortement spontané plusieurs autres deuils, notamment celui de la grossesse, du rôle de mère et de la création d'une cellule familiale. Soutenant ces propos, Fréchette-Piperni (2005) ajoute que pour certains, la mort du bébé peut être vécue comme une blessure narcissique qui affecte grandement l'estime de soi. En effet, certains parents peuvent être habités de honte de n'avoir pas réussi à mettre un enfant au monde. Ainsi, le deuil en situation de perte périnatale ne se limite pas à la perte de l'enfant; de nombreuses pertes secondaires y sont associées et peuvent être aussi douloureuses pour les parents.

En somme, à la lumière des informations rapportées, il semble complexe de définir le deuil périnatal. En effet, le processus de deuil en contexte de perte périnatale, et plus particulièrement en contexte de fausse couche, implique une multitude de particularités faisant de chaque deuil une expérience unique.

### **L'adaptation au deuil**

Cette section sur l'adaptation au deuil est présentée en cinq parties distinctes, de manière à bien représenter et à discerner les différentes conceptions des auteurs sur le sujet. D'abord, la première partie constitue un reflet sommaire des nombreuses théories d'auteurs qui, depuis des décennies, ont cherché à comprendre, expliquer et théoriser le

processus d'adaptation à la perte en s'appuyant sur la notion de « travail du deuil ». La deuxième partie résume les travaux d'auteurs qui ont cherché à décrire la multitude de stratégies d'adaptation utilisées afin de composer avec différentes situations, incluant plus particulièrement un événement comme le deuil. Dans la troisième partie, les travaux d'auteurs ayant tenté de modéliser le processus d'adaptation en contexte de deuil sont présentés. En quatrième lieu, puisque l'étude aspire entre autres à mieux comprendre l'inter-influence des partenaires dans l'adaptation au deuil, l'adaptation dyadique est abordée. Enfin, la dernière partie présente une recension des travaux empiriques ayant porté spécifiquement sur l'adaptation de partenaires en contexte de perte périnatale.

### **Le travail du deuil**

Plusieurs théoriciens reconnus, dont Freud (1917), Lindemann (1944), Bowlby (1961), Kübler-Ross (1969; Kübler-Ross & Kessler, 2005) et Parkes (1998), ont défini chacun à leur façon le deuil comme un phénomène qui nécessite le « travail du deuil » et qui se réalise à travers des phases, stades ou tâches caractérisées par différentes réactions physiques et émotionnelles. Ce « travail du deuil », veut que la personne endeuillée effectue en quelque sorte un travail de digestion de la perte, notamment en parlant de celle-ci et des émotions qui s'y rapportent. Freud (1917) et Lindemann (1944) proposent que ce travail consiste en premier lieu à se détacher de la personne décédée. Il s'agirait d'une étape qui s'accompagne une grande douleur émotionnelle qui est parfois évitée temporairement par certaines personnes qui refusent la réalité de la perte. Le travail du deuil se poursuivrait avec le réajustement de la personne et le réinvestissement de celle-

ci dans sa nouvelle vie. D'autres auteurs définissent les différents états que vivent les personnes endeuillées à l'aide de quatre phases. Par exemple, Bowlby (1961) parle d'une phase d'engourdissement qui perdure de quelques heures à quelques semaines, d'une phase de protestation lors de laquelle l'individu peut mettre beaucoup d'énergie à tenter de retrouver l'Objet perdu malgré l'évidence de la perte, d'une phase de désespoir où se vit une désorganisation de la personnalité accompagnée de souffrance et finalement d'une phase de détachement où s'opère une réorganisation de la personnalité de l'individu. Similairement, Parkes (1998) nomme les phases d'engourdissement, de nostalgie, de désorganisation et de désespoir pour terminer avec la quatrième phase qui consiste en la réorganisation. Pour leur part, Kübler-Ross et Kessler (2005) expliquent le processus de deuil des personnes ayant perdu un être cher à l'aide cinq stades : le déni, la colère, le marchandage (c.-à-d., la tentative de trouver un compromis vis-à-vis la perte de manière à moins en souffrir), la dépression et l'acceptation. Ainsi, chacun des auteurs distingue des étapes à traverser lors du processus de deuil.

Ces modèles sont intéressants en ce qu'ils permettent aux individus endeuillés d'obtenir un portrait du processus et de normaliser ce qu'ils pourraient vivre à la suite de la perte de leur proche. Cela dit, de par leur structure, ces modèles tendent à suggérer que le processus du deuil est plutôt linéaire, bien que cela ne reflète pas toujours la vision des auteurs qui les proposent. En effet, certains auteurs mentionnent qu'il est important de souligner l'unicité de l'expérience des individus endeuillés et la multitude de stratégies pouvant être adoptées pour tenter de traverser l'expérience de deuil

(Kübler-Ross & Kessler, 2005). En outre, tel que détaillé également plus loin, des chercheurs en sont venus à constater que les individus qui ne parlaient pas nécessairement de leur perte ou de leurs sentiments face à celle-ci, leurs besoins étant différents, pouvaient néanmoins s'ajuster à la perte tout aussi bien que les autres (Bonanno, 2009; Winokuer & Harris 2015). Les prochaines sous-sections visent à rendre compte de ces nombreuses stratégies possibles d'adaptation au deuil, de divers modèles pouvant décrire l'évolution de l'adaptation au deuil ainsi que l'importance de la prise en compte des pertes secondaires dans le processus de deuil.

### **Diverses stratégies d'adaptation au deuil**

Les stratégies d'adaptation (ou de *coping*) correspondent aux efforts cognitifs et comportementaux d'un individu pour gérer les demandes internes et externes qui sont exigeantes ou qui dépassent les ressources de la personne (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Cette définition provient de la théorie transactionnelle du stress et du coping (Lazarus & Folkman, 1984), théorie très influente dans le domaine, qui explique le processus d'adaptation à un événement stressant et non pas spécifiquement à un deuil. Cette théorie suggère que deux types de stratégies d'adaptation sont à la disposition des personnes en situation de stress : l'adaptation *centrée sur l'émotion*, qui vise à diminuer la tension émotionnelle induite par la situation, et l'adaptation *centrée sur le problème*, qui vise à contrôler ou à modifier directement la situation stressante. Ces auteurs ont créé l'échelle *Ways of Coping Checklist* aussi appelée *Ways of Coping Questionnaire* (Lazarus & Folkman, 1984), révisée en 1985, qui évalue les deux types de stratégies



d'adaptation. Elle comprend 66 items qui évaluent huit stratégies d'adaptation : la confrontation, le détachement, le contrôle de soi/l'isolement, la recherche de soutien social, l'acceptation de sa responsabilité/blâme de soi, l'évitement/la fuite, la recherche de solutions au problème, et la réévaluation positive (Folkman et al., 1986; Folkman & Lazarus, 1988). Par exemple, des stratégies comme l'évitement, le contrôle de soi, la distanciation et la réévaluation positive sont davantage des stratégies centrées sur les émotions. En contrepartie, les stratégies centrées sur le problème sont plutôt celles de la planification de solutions et de résolutions, la confrontation ou encore la recherche de soutien social (qui est aussi parfois considérée comme une stratégie centrée sur les émotions). Malgré la possibilité de classer les stratégies selon leur fonction « centrée sur le problème » ou « centrée sur les émotions », Folkman et Lazarus (1988) mentionnent que chaque stratégie peut avoir plus d'une fonction, dépendamment du contexte dans lequel elle se déploie.

Selon Stroebe et Schut (2010), les termes utilisés par Folkman et al. (1986) afin de définir l'adaptation se rapportent à des stratégies pouvant s'appliquer pour gérer la perte en contexte de deuil. Ils suggèrent ainsi que la souffrance et les difficultés de santé mentale et physique associées au deuil devraient être moindres lors d'une adaptation efficace. Dans le même esprit, Frydenberg et Lewis (1995) ont élaboré une échelle similaire à celle de Lazarus et Folkman (1984) qui a été utilisée afin d'évaluer les stratégies d'adaptation utilisées par les parents à la suite de la perte de leur bébé. Le *Coping Scale for Adults* (Frydenberg & Lewis, 1995) inspiré du *Adolescent Coping*

*Scale* (ASC; Frydenberg & Lewis, 1993), consiste ainsi en un inventaire auto-rapporté constitué de 79 items (McGreal et al., 1997). Une version « spécifique » de cet inventaire vise des préoccupations ou un événement stressant spécifique. Ses items évaluent le recours à 18 stratégies d'adaptation spécifiques, se subdivisant en trois styles d'adaptation : 1) l'adaptation « productive » (rechercher du soutien social, effectuer de la résolution de problème, faire de l'activité physique, trouver une source de relaxation, s'entourer d'amis, rechercher un sentiment d'appartenance, travailler fort et s'accomplir, mettre l'accent sur le positif), 2) l'adaptation « non productive » (s'inquiéter, rechercher un sentiment d'appartenance, recourir à la pensée magique, ne pas s'adapter, ignorer le problème, chercher la réduction des tensions, s'isoler et se blâmer) et 3) l'adaptation en « référence aux autres » (rechercher du soutien social, rechercher du soutien spirituel, rechercher une aide professionnelle et se tourner vers l'action sociale) (Frydenberg & Lewis, 1997). Certaines stratégies, comme « rechercher un sentiment d'appartenance » se retrouvent dans plus d'une catégorie (adaptation productive et non productive), car une stratégie peut être plus ou moins adaptée selon le contexte. Bien que la subdivision des stratégies d'adaptation en trois catégories proposées dans cet outil diffère de celle en deux catégories de Lazarus et Folkman (1984), les deux échelles présentent des similarités en matière de stratégies d'adaptation qui y sont répertoriées.

Le *Coping Scale for Adults* (Frydenberg & Lewis, 1995) a été utilisé par McGreal et al. (1997) dans une étude menée auprès de 52 parents dont 35 femmes et 17 hommes ayant vécu l'expérience d'un avortement spontané ou d'une mortinaissance ( $n = 10$  pour

mortinaissance,  $n = 37$  pour avortement spontané,  $n = 4$  pour les deux types de perte). Au moment de la participation à l'étude, 20 participants mentionnaient que la perte avait eu lieu dans la dernière année, 17 entre 1 et 5 ans et 15 il y a plus de 5 ans. Les résultats de McGreal et al. (1997) ont permis de dresser un portrait des tendances des hommes et des femmes en ce qui a trait à leur utilisation des stratégies d'adaptation. Les stratégies les plus souvent choisies par les femmes et les hommes (pour les deux types de pertes) sont, par ordre de préférence, de travailler fort, faire de la résolution de problème, s'entourer d'amis, recourir à la pensée magique, s'inquiéter, mettre l'accent sur le positif et rechercher un sentiment d'appartenance auprès de personnes ayant vécu la même situation. Des différences sont toutefois notées : les hommes rapportent davantage avoir tenté d'ignorer le problème et les femmes recourent davantage au soutien social comme stratégie d'adaptation. Concernant spécifiquement l'adaptation à un avortement spontané, un patron typique de stratégies utilisées respectivement par les hommes et les femmes a été obtenu. Les femmes qui vivent une fausse couche auraient tendance à se blâmer, ensuite tenter d'ignorer le problème, rechercher du soutien social, s'entourer d'amis, s'immerger dans le travail afin de se distraire, s'inquiéter et finalement tenter de mettre l'accent sur un futur positif. Les hommes dans le même contexte auraient plutôt tendance à garder leur stress et leur anxiété pour eux en étant moins capables et moins désireux de partager leurs sentiments avec leur conjointe ou leur entourage. Les auteurs soulèvent que leurs résultats soutiennent la documentation existante et que ces patrons de réaction contribueraient, à court et long terme, à une détérioration de la communication dans le couple et à l'apparition de frustrations chez les conjoints.

Similairement, Peacock (1998) a décrit les réponses de deuil et les comportements d'adaptation de 24 mères et 6 pères ayant vécu une perte périnatale ( $n = 26$  avortement spontané,  $n = 1$  mortinaissance,  $n = 4$  mort néonatale). Les participants ont été recrutés dans un groupe de soutien périnatal. Les stratégies d'adaptation ont été mesurées à l'aide de la version révisée du *Jalowiec Coping Scale* (Jalowiec, 2003) inspiré du modèle de Lazarus et Folkman (1984), qui comporte 60 stratégies évaluées selon leur utilisation et selon leur niveau d'efficacité. Les stratégies d'adaptation ont été regroupées en huit styles d'adaptation : le « *confrontative coping* » est présent lorsqu'un individu confronte la situation en ayant recours à la résolution de problème; le style d'adaptation « *evasive coping* » consiste en l'adoption d'activités afin d'éviter ce qui est relié à l'événement; l'« *optimistic coping* » est l'utilisation de la pensée positive et le fait d'adopter un regard positif sur la situation; le « *fatalistic coping* » est l'adoption d'une attitude pessimiste, de désespoir et d'impuissance; le « *emotive coping* » consiste en l'expression des émotions vécues; le « *palliative coping* » vise à tenter de réduire ou de contrôler sa propre détresse; le « *supportant coping* » inclut la recherche de soutien par l'entourage, les professionnels de la santé ou la spiritualité et, finalement; le « *self-reliant coping* » implique de se référer à soi-même et de ne pas se tourner vers les autres afin de gérer la situation. Les résultats de Peacock (1998) montrent que le style d'adaptation le plus utilisé par les hommes et les femmes était le « *optimistic coping style* ». Le style le moins utilisé par les hommes était le « *emotive coping style* » qui vise l'expression des émotions et, par les femmes, le « *palliative coping style* » qui vise à

tenter de réduire ou de contrôler sa propre détresse. Concernant leur niveau d'efficacité, c'est également le « *optimistic coping style* » qui semblait le plus efficace pour diminuer la détresse tant pour les hommes que pour les femmes, le moins efficace chez les deux sexes étant le « *emotive coping style* ».

Les échelles présentées à travers les précédentes études ont cherché à décrire diverses stratégies d'adaptation utilisées en situation difficile, dans ces cas-ci, en contexte de perte périnatale. La section suivante présente les travaux d'auteurs qui ont tenté de modéliser plus globalement le processus d'adaptation au deuil, au-delà des stratégies spécifiques pouvant être utilisées.

### **Modèles intégratifs d'adaptation au deuil**

Le *Two-Track Model of Bereavement* de Rubin (1981) propose une conceptualisation du processus de deuil dans le but de combiner deux approches bien établies dans le domaine du deuil; celle mettant l'accent sur le fonctionnement de l'endeuillé et l'autre sur la qualité et la nature de la poursuite de l'attachement avec la personne décédée (Rubin, 1999). Ce modèle est élaboré entre autres à partir d'études portant sur le deuil, dont l'une a été réalisée auprès de mères ayant perdu leur enfant du syndrome de mort subite du nourrisson (Rubin, 1981). Ce modèle se présente selon deux axes; l'un qui reflète les réactions biopsychosociales à la perte et l'autre qui concerne les façons dont l'endeuillé transforme son attachement à la personne décédée et établit une nouvelle relation avec cette personne (Rubin, 1999; Stroebe & Schut, 1999; Winokuer &

Harris, 2015). L'axe I, aussi nommé « *recovery* », observe les réactions de l'endeuillé face aux diverses sphères de fonctionnement de sa vie quotidienne (p. ex., affective, somatique, interpersonnelle, travail). L'axe II, nommé « *resolution* », concerne la relation avec la personne décédée et s'inscrit en cohérence avec la théorie du *Continuing Bonds* de Klass, Silverman et Nickman (1996). En effet, cette théorie met de l'avant l'importance de la poursuite du lien avec le défunt, qui se traduit par exemple par le fait d'avoir des conversations avec la personne décédée, de rêver à elle, de ressentir sa présence (Winokuer & Harris, 2015). Pour Rubin (1999), cet axe permet de comprendre la qualité de la transformation de la relation de l'endeuillé avec la personne décédée, en observant par exemple l'étendue des images et des souvenirs concernant la personne décédée que la personne endeuillée parvient à évoquer ainsi que sa distance émotionnelle face à ceux-ci.

L'intérêt de ce modèle est qu'il permet au clinicien d'évaluer quel axe prédomine chez son client, c'est-à-dire quels sont les éléments de détresse qui sont à l'avant-plan. Cela permet par la suite de fournir le soutien adéquat et, par exemple, de ne pas mettre l'accent sur la douleur de la perte lorsque l'individu est davantage aux prises avec des préoccupations financières découlant de la perte (Rubin, 1999). Cela dit, bien que ce modèle soit important puisqu'il permet d'identifier et de distinguer clairement les deux dimensions résultant de la perte d'un être significatif, il ne met pas l'accent sur le processus d'adaptation, ce que vise le prochain modèle présenté.

Le *Dual Process Model of Coping with Bereavement* (DPM) de Stroebe et Schut (1999) est explicité davantage puisqu'il s'agit du modèle retenu pour cette étude. En se référant aux théories qui s'appuient sur la notion de travail du deuil, les auteurs rapportent que ce concept consiste en un processus cognitif de confrontation avec la réalité de la perte, de récapitulation d'événements difficiles survenus avant la perte et au moment de celle-ci, de remémoration de souvenirs et de détachement de la personne décédée. Par ailleurs, à l'instar des auteurs qui distinguent diverses stratégies d'adaptation utilisées pour faire face au deuil, le DPM tente aussi de décrire le processus par lequel les gens s'adaptent à la perte d'un être cher. Dans l'esprit d'intégrer ces deux visions, le modèle suggère que dans l'expérience de deuil, il y a un mouvement entre, d'une part, le travail émotionnel du deuil (stresseurs primaires) tel que défini plus haut et, d'autre part, l'adaptation à de nouveaux rôles et à une nouvelle vie (stresseurs secondaires). Ce mouvement appelé oscillation est ce qui distingue ce modèle des autres modèles explicités précédemment. Il s'agit également, selon les auteurs, de la composante nécessaire à une bonne adaptation.

Le DPM s'inscrit ainsi dans un désir de pallier aux préoccupations soulevées au regard de la centralité accordée au travail du deuil dans plusieurs modèles présentés précédemment, en vue d'assurer une adaptation adéquate à la perte. Plus précisément, Stroebe et Schut (1999, 2010) soutiennent qu'il existe une pluralité de manières de traverser un deuil et que la confrontation du deuil n'est pas nécessairement un prédicteur d'adaptation. En effet, tel que le mentionnent Mancini et Bonanno (2009), le recours à la

répression des affects négatifs n'est pas forcément inadapté puisqu'il est de plus en plus reconnu comme étant un mécanisme d'adaptation et un signe de résilience. Il semble que les personnes ayant recours à la répression démontrent peu de détresse reliée à la perte, et ce, sur une période de cinq ans suivant celle-ci (Bonanno & Field, 2001). Ces auteurs ont cherché à examiner le concept de deuil différé (*delayed grief*) afin de remettre en question la croyance qu'un individu qui ne fait pas un travail émotionnel douloureux suivant la perte souffrira éventuellement de réactions de deuil. Ces auteurs ont effectué une étude longitudinale afin d'examiner la possibilité d'une élévation des symptômes de deuil 60 mois suivant la perte d'un conjoint ou d'une conjointe à l'aide d'entrevues structurées ainsi que de questionnaires de mesure du deuil, de la dépression et de symptômes somatiques. Ils ont récupéré des données à 6, 14, 25, et 60 mois suivant la perte de l'être aimé chez 39 participants. Ils ont défini qu'un deuil différé s'observait lorsqu'un individu présentait un score à la mesure des symptômes de deuil en dessous de la médiane à 6 mois suivant la perte, mais une élévation des symptômes 5 ans après la perte. Sur les treize participants qui avaient démontré une réponse d'évitement émotionnel (*affective-autonomic dissociation*) à 6 mois, aucun d'entre eux n'avait une élévation des symptômes de deuil sur les quatre échelles de mesures, et ce, pour les cinq années de l'étude. Ainsi, aucune association n'a été faite entre l'évitement émotionnel et un deuil différé ou une élévation des symptômes de deuil plusieurs mois après la perte (Bonanno & Field, 2001).

En outre, Stroebe et Schut (1999, 2010) soutiennent que le processus de travail



du deuil décrit à l'aide de « phases » semble passif et qu'il ne tient pas compte du combat actif auquel devra faire face l'individu. Aussi, les auteurs critiquent le fait que le travail du deuil mette l'accent sur la perte de la personne aimée, par exemple le bébé qui était à naître en contexte d'avortement spontané, en mettant de côté le fait que d'autres sources de stress peuvent découler de cette perte. Le DPM vise donc à prendre en compte, avec le principe d'oscillation qu'il propose, la nécessité pour l'individu de composer avec les stressseurs primaires liés à la perte elle-même et les stressseurs secondaires qui sont liés aux changements occasionnés par la perte (Meij et al., 2008; Stroebe & Schut, 1999, 2010).

Dans cet esprit, les principaux éléments constitutifs du modèle du DPM sont donc, d'une part, les stratégies d'adaptation impliquées dans le processus d'adaptation à la perte auxquelles s'associent les différents stressseurs inhérents au deuil, et d'autre part, le phénomène d'oscillation. Le modèle propose deux stratégies d'adaptation au deuil, soit l'orientation vers la perte (incluant les manifestations du travail de deuil) et l'orientation vers la restauration (définie comme une tentative active de regarder vers le futur). La première se définit par les efforts de l'endeuillé afin de composer avec les stressseurs dits primaires reliés à la perte de la personne décédée. La personne dans l'orientation vers la perte va typiquement ruminer sur la personne décédée, sur la vie avec elle et sur les circonstances et les événements entourant sa mort. Elle pourra regarder de vieilles photos et pleurer sa perte. Il semble qu'au début du deuil, cette orientation soit prédominante. La seconde stratégie d'adaptation se définit par l'attention

particulière aux sources de stress dites secondaires, qui découlent de la perte mais qui font partie intégrante de la nécessité de poursuivre la vie quotidienne. Par exemple, devoir réaliser des tâches autrefois faites par le conjoint décédé ou encore, dans le contexte de perte périnatale, devoir se former une nouvelle identité en tant que « parent d'un bébé décédé ». Ainsi, le DPM considère le processus d'adaptation au deuil comme étant dynamique et nécessitant l'oscillation entre les deux orientations, de manière à ce qu'un individu puisse par moments confronter la perte et éviter celle-ci à d'autres moments (Stroebe & Schut, 2010).

À l'instar d'autres travaux déjà cités, l'une des influences majeures à la source du DPM est la théorie transactionnelle du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984). Pour les auteurs du DPM, cette théorie a permis de départager les différents stressors liés au deuil tout en offrant un cadre permettant de conceptualiser les divers processus qui sont mis en place afin que l'endeuillé puisse s'adapter aux changements s'opérant dans sa vie. D'autre part, Stroebe et Schut (1999) s'inspirent du *Stress Response Syndrome* de Horowitz (1986), puisqu'il permet de décrire le processus dynamique de confrontation et d'évitement dans lequel se retrouvent les personnes en processus de deuil. En effet, l'oscillation réfère au processus d'alternance entre des stratégies d'adaptation orientées vers la perte et vers la restauration mais également entre des moments d'adaptation au deuil et de distraction de celui-ci en essayant par exemple de se distraire à travers diverses activités (Stroebe & Schut, 1999).

Enfin, il est possible d'établir des similarités entre le DPM (Stroebe & Schut, 1999) et le modèle élaboré par Worden (2008), qui se décline sous forme de quatre tâches à réaliser en contexte de deuil. Dans la quatrième édition de son livre « *Grief counseling and grief therapy : A handbook for the mental health practitioner* » paru pour la première fois en 1982, Worden (2008) conçoit le deuil comme un processus cognitif qui implique la confrontation et la restructuration des pensées à propos du décédé, de l'expérience de la perte et du monde dans lequel il doit continuer à vivre. Selon cet auteur, il semble plus utile pour le clinicien de comprendre le deuil à partir de tâches que l'endeuillé doit réaliser, plutôt que des stades du deuil, car le caractère actif de ce processus permet à l'endeuillé de trouver un sentiment de contrôle sur sa capacité à s'adapter à la perte.

Les quatre tâches décrites par Worden (2008) sont les suivantes. Tout d'abord, la personne endeuillée se doit d'accepter la réalité de la perte. Il s'agit de comprendre que la personne est décédée, qu'elle est partie et qu'elle ne reviendra pas. Le DPM entérine cette tâche et ajoute par sa dimension d'adaptation orientée vers la restauration la « nécessité d'accepter la réalité d'un monde nouveau ». La deuxième tâche de Worden (2008) consiste à traiter la douleur de la perte. Les individus endeuillés doivent être soutenus et encouragés à partager les émotions qu'ils vivent à la suite de la perte. À cela, le DPM ajoute la nécessité et la normalité, en parallèle à cette tâche, de prendre des moments de repos de cette douleur. La troisième tâche de Worden est de parvenir à s'ajuster à un environnement dans lequel la personne aimée n'est plus. Il existe trois

sphères d'ajustement: les ajustements externes (c.-à-d., la manière dont la perte affecte le fonctionnement quotidien), les ajustements internes (c.-à-d., la manière dont la perte affecte le sens de soi) et les ajustements spirituels (c.-à-d., la manière dont la mort affecte les croyances, les valeurs et hypothèses envers le monde). Le DPM ajoute en complément à cette tâche la nécessité de devoir reconstruire son environnement subjectif. La quatrième tâche réside dans le fait de trouver une zone de connexion qui perdure avec la personne décédée tout en allant de l'avant avec sa vie. Le DPM insiste ici sur la nécessité de développer de nouveaux rôles, de nouvelles identités et de nouvelles relations. Cela dit, Worden (2008) mentionne que les tâches n'ont pas d'ordre précis, bien qu'on puisse présumer que certaines en précèdent d'autres (p. ex., accepter la réalité de la perte avant d'effectuer le travail émotionnel). Il existe donc de grandes similarités entre les stressors du DPM décrits par Stroebe et Schut (1999, 2010) et les tâches inhérentes au deuil proposées par Worden (2008), quoique le DPM ajoute la dimension d'oscillation entre l'orientation vers la perte et vers la restauration ainsi qu'entre la confrontation et l'évitement du deuil, dimension considérée nécessaire à une adaptation optimale.

### **Adaptation dyadique**

L'une des critiques pouvant être formulées à la littérature scientifique portant sur l'adaptation en général mais également sur l'adaptation en contexte de deuil réside dans le fait que celle-ci a mis essentiellement l'accent sur les aspects individuels de l'adaptation, sans considérer le contexte interpersonnel dans lequel le deuil survient, tout

particulièrement en contexte de perte périnatale où c'est un couple qui est touché la plupart du temps. Dans le but de pallier à ce manque, la perspective interpersonnelle suggère que les conjoints ne sont pas seulement affectés par leur propre réaction mais aussi par la façon dont leur partenaire s'adapte à la perte à laquelle ils font face (Meij et al., 2008).

Bodenmann, Meuwly et Kayser (2011) distinguent deux approches lorsqu'il est question de la conceptualisation de l'adaptation dyadique. La première est une approche dans laquelle les adaptations individuelles des deux partenaires sont considérées comme étant reliées entre elles, et donc où l'adaptation individuelle d'un partenaire est comparée à celle de l'autre, en fonction de la congruence ou de la différence entre les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent respectivement. Les principaux auteurs de cette approche sont Barbarin, Hughes et Chesler, (1985), Pakenham (1998) et Revenson (1994) avec la *Congruence Approach*. La deuxième approche est systémique; l'adaptation dyadique y est définie comme étant une nouvelle forme d'adaptation, distincte de l'adaptation individuelle de chaque conjoint, et caractérisée par la façon dont les partenaires s'adaptent ensemble en tant que dyade (Bodenmann et al., 2011). À cette approche sont reliés entre autres les travaux de Berg, Meegan et Deviney (1998), le *Systemic Transactional Model (STM)* de Bodenmann (1995, 1997, 2005), le *Relationship-focused Coping* de Coyne et Smith (1991), le *Empathic Coping Model* de DeLongis et O'Brien (1990) et le *Relational-Cultural Model* de Kayser, Watson et Andrade (2007).

Une étude relativement récente, qui visait à évaluer la valeur prédictive de l'adaptation dyadique sur la qualité de la relation de couple et la santé selon les deux approches d'adaptation dyadique décrites précédemment, a permis de démontrer que l'adaptation dyadique est un prédicteur significatif de la qualité de la relation de couple mais toutefois un moins bon prédicteur de la santé des individus (Bodenmann et al., 2011). De plus, il se dégage de cette étude que l'approche systémique de l'adaptation dyadique est un prédicteur plus puissant que l'approche congruence-différence, et ce, tant pour la qualité de la relation de couple que la santé.

L'étude de Bodenmann et al. (2011) a été réalisée auprès de 443 couples suisses qui ont répondu à des questionnaires. Le *Partnership Questionnaire* (Hahlweg, 1996) a mesuré la qualité et la satisfaction de la relation de couple, le *Coping Orientations to Problems Experienced Scale* (COPE; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) a mesuré les stratégies d'adaptation individuelles, le *Dyadic Coping Inventory* (DCI; Bodenmann, 2008) a évalué l'adaptation dyadique et le *General Health Questionnaire* (GHQ; Goldberg & Williams, 1988) a évalué les symptômes somatiques, l'anxiété, l'insomnie, les dysfonctions sociales et la dépression. Les analyses, basées sur le modèle *Actor-Partner-Interdependence-Model* (APIM; Kenny, Kashy, & Cook, 2006) ont révélé que la congruence entre les stratégies d'adaptation des deux partenaires, même dans les aspects négatifs comme l'adaptation dyadique négative, serait bénéfique pour la relation de couple puisque les deux partenaires partageraient ainsi des patrons similaires. Il

semblerait donc que la congruence soit plus importante que la qualité des stratégies utilisées. Ces résultats suggèrent que l'adaptation dyadique est un facteur important dans la qualité de la relation de couple, ce qui renforce la pertinence dans la présente étude de s'y intéresser.

Le modèle d'adaptation dyadique de Bodenmann (2005, 2008), certainement l'un des plus reconnus dans le domaine, est celui qui sera explicité davantage. Ce modèle est retenu dans la présente étude car il a été appliqué et adapté à différents contextes dont celui d'un événement de vie critique comme la mort d'un enfant (Bergstraesser, Inglin, Hornung, & Landolt, 2015). De plus, ce modèle est priorisé car les résultats de l'étude de Bodenmann et al. (2011) démontrent la supériorité de cette approche dans la prédiction de la qualité de la relation de couple. Comme plusieurs des modèles élaborés à ce jour, celui de Bodenmann s'appuie sur la théorie transactionnelle du stress et du coping de Lazarus et Folkman (1984) car il considère la contribution de l'adaptation d'un partenaire sur le bien-être de l'autre, soit l'interdépendance entre les processus d'adaptation et de stress des partenaires.

Le coping dyadique selon Bodenmann est considéré comme incluant une tentative d'un des conjoints d'aider à réduire les stress externes perçus par son partenaire ainsi qu'un effort commun de s'adapter aux stress qui proviennent de la relation elle-même. En effet, il considère que l'adaptation dyadique au stress inclut l'expression du stress et le soutien dyadique. Le coping dyadique est vu comme un processus dans lequel

opèrent et interagissent trois facteurs : les signaux de stress d'un partenaire, la perception de ces signaux par l'autre partenaire et la réaction de ce partenaire aux signaux de stress de son conjoint ou sa conjointe (Bodenmann, 2008).

Le modèle de coping dyadique de Bodenmann (2008) propose quatre formes de coping dyadique : le coping dyadique *soutenant*, lorsque le soutien d'un partenaire a pour but d'aider l'autre dans son processus d'adaptation; le coping dyadique *délégué*, lorsque le partenaire en difficulté prie l'autre d'assumer certaines responsabilités, le soulageant ainsi lui-même de certaines tâches (p. ex., ménage, courses); le coping dyadique *commun*, lorsque les deux partenaires participent ensemble, parallèlement et conjointement, au processus d'adaptation. Ces formes de coping constituent le coping dyadique positif. Le coping dyadique *négatif* se manifeste finalement selon trois formes, soit de manière hostile (comportements de soutien accompagnés de dénigrement ou de sarcasme), ambivalente (comportements de soutien insuffisants ou inefficaces) ou superficielle (comportements de soutien faits à contrecœur ou sans motivation). C'est à l'aide de l'Inventaire de coping dyadique (DCI; Bodenmann, 2008) qu'est mesurée l'adaptation dyadique dans les relations intimes. Le DCI est composé d'énoncés évaluant le stress dans la communication et l'adaptation dyadique sur trois dimensions : la perception de chaque partenaire sur sa propre façon de s'adapter, la perception de chaque partenaire sur la façon de s'adapter de l'autre partenaire, et la perception de chaque partenaire sur la manière dont ils s'adaptent en tant que couple.



### **Études empiriques sur l'adaptation des couples à la perte périnatale**

Une récente étude s'est intéressée à l'influence mutuelle des conjoints en contexte d'adaptation à la perte d'un enfant, incluant des pertes périnatales, à l'aide du modèle DPM proposé par Stroebe et Schut (1999). En effet, Meij et al. (2008) ont examiné les stratégies d'adaptation de 219 couples ayant perdu un enfant (mortinaissance à enfant de 29 ans) dans le but de clarifier s'il existe une relation entre les stratégies d'adaptation d'un parent et, d'une part, les stratégies d'adaptation de l'autre parent et, d'autre part, l'ajustement psychologique des deux parents suivant la perte. Les stratégies d'adaptation ont été mesurées à trois moments soit à 6, 13 et 20 mois suivant la perte à l'aide du *Dual Coping Inventory*, mesure basée sur le DPM de Stroebe et Schut (1999), qui permet d'évaluer l'orientation vers la perte et l'orientation vers la restauration. Les analyses de cette étude, réalisées à l'aide du modèle APIM, ont montré que l'ajustement psychologique de l'homme n'est pas seulement relié à sa propre utilisation de la stratégie d'orientation vers la restauration mais également à l'utilisation de cette stratégie par sa partenaire, ce qui n'est toutefois pas vrai pour la femme. L'adoption de stratégies d'adaptation d'orientation vers la restauration par la femme est néanmoins apparue cruciale puisqu'elle était associée chez elle et chez le conjoint à un meilleur état psychologique suivant la perte. Innovatrice sur le plan méthodologique dans le domaine du deuil périnatal, cette étude ne s'est toutefois pas intéressée à la population ayant vécu une perte périnatale en contexte d'avortement spontané. De plus, bien qu'elle se soit penchée sur les stratégies d'adaptation en association croisée avec l'ajustement psychologique individuel des deux conjoints, elle ne s'est pas intéressée à

l'ajustement *conjugal* en contexte de perte périnatale.

Seules deux études, toutes deux qualitatives, ont été répertoriées concernant l'ajustement conjugal en contexte de deuil périnatal. Elles ont porté respectivement sur le niveau de conflits et l'intimité au sein du couple comme variables inhérentes au fonctionnement conjugal. L'étude de Gilbert (1989), menée auprès de 27 couples, a exploré comment les partenaires s'adaptent à leur propre réponse émotionnelle à la suite de la perte de leur enfant (perte périnatale jusqu'à l'âge de 1 an) tout en gérant les besoins de leur relation de couple. Elle a également exploré les dynamiques interpersonnelles dans la relation de couple. Parmi les 27 couples, 18 ont vécu le décès d'un enfant en période postnatale, dont 12 décès dans le 1<sup>er</sup> mois postnatal, et 9 ont vécu une perte prénatale, dont 3 par fausse couche. Le temps écoulé entre la perte et la participation à l'étude était entre 6 mois et 7 ans. L'analyse qualitative des entrevues semi-structurées a permis de distinguer deux groupes; l'un présentant un haut niveau de conflits relationnels et l'autre présentant peu ou pas de conflits. L'étude a permis de mieux comprendre comment les couples présentant un faible niveau de conflit ont pu maintenir une relation stable et retrouver l'équilibre conjugal suivant le choc de la perte : communication ouverte et honnête, partage de leur expérience, flexibilité et acceptation des différences dans la manière de s'adapter, sensibilité aux besoins de l'autre et vision positive de la relation de couple. L'auteure de l'étude a mis l'accent sur l'importance de la stratégie de recadrage (habileté à recadrer les comportements de chacun avec un regard positif) pour diminuer les conflits.

La deuxième étude est celle d'Avelin et al. (2013) qui visait à décrire, suivant la perte d'un enfant mort-né, l'adaptation respective des mères et des pères et son influence notamment sur l'intimité conjugale. Les 55 parents (33 mères et 22 pères) devaient remplir un questionnaire postal à trois moments après la perte de leur enfant (3 mois, 1 an et 2 ans). Les analyses qualitatives ont permis de comprendre que les parents semblaient vivre le deuil à la fois individuellement et en couple. À certains moments, les partenaires rapportaient que la grande intensité de la douleur et leurs besoins différents face au processus de deuil faisaient en sorte qu'ils avaient besoin de se retrouver seuls. À d'autres moments, ils vivaient le deuil ensemble, en démontrant une compréhension des différences entre eux quant à leurs modes d'adaptation et leur cheminement dans les phases du deuil. Sur le plan de l'intimité conjugale, les analyses descriptives ont permis de dénoter qu'après trois mois, 43 des participants considéraient que la perte les avait rapprochés; alors que 5 mères mais aucun père pensaient plutôt que la perte les avait éloignés. Cette étude a aussi décrit l'expérience d'adaptation à la perte comme étant l'oscillation entre deux mouvements : le rapprochement avec le partenaire et le repli sur soi.

Ces deux études ont porté sur l'ajustement conjugal en contexte de perte périnatale. Leur approche qualitative permet de décrire avec richesse le phénomène d'adaptation à la perte en tenant compte de certaines variables du fonctionnement conjugal, ce qui est très peu étudié à ce jour. L'étude de Gilbert (1989) permet de

dégager des stratégies d'adaptation favorisant la diminution des conflits et un meilleur ajustement conjugal, tandis que l'étude d'Avelin et al. (2013) permet un éclairage sur les mouvements de rapprochement et de retrait s'opérant dans la dynamique conjugale en situation de deuil. Or, ces recherches ne s'appuient pas sur des modèles récents décrits précédemment qui proposent des stratégies d'adaptation ayant fait l'objet de validation empirique. De plus, elles ne se sont pas spécifiquement penchées sur les parents ayant vécu un avortement spontané. Enfin, bien que ces études aient ciblé l'ajustement conjugal, aucune étude recensée n'a exploré les liens entre les stratégies d'adaptation des conjoints à une perte périnatale et l'engagement conjugal, élément clé du fonctionnement en couple.

### **Engagement conjugal**

L'engagement conjugal constitue une composante importante du fonctionnement conjugal puisqu'il contribue notamment à maintenir la relation dans les moments d'adversité (Brault-Labbé et al., 2017; Lydon, & Zanna, 1990; Sternberg, 1986). Dans son modèle triangulaire, Sternberg (1986) définit l'amour en tant qu'expérience incluant les composantes *intimité*, *passion* et *engagement*. Il soutient que la composante de l'engagement réfère à court terme, à la décision d'aimer l'autre et, à long terme, au fait de s'engager à maintenir cet amour. Il considère que la composante de l'engagement est parfois la seule ou pratiquement la seule composante qui permet à la relation de continuer lorsque celle-ci rencontre des obstacles. Cette composante serait même dite essentielle afin de traverser les moments difficiles (Sternberg, 1986).

Non seulement utile lors de moments d'adversité, l'engagement favoriserait différents comportements ou tendances qui augmenteraient la longévité de la relation (Rusbult, Verette, Withney, Slovik, & Lipkus, 1991). Parmi ceux-ci se retrouvent l'accommodation, c'est-à-dire la volonté d'inhiber ses propres réactions destructrices et de mettre de l'avant des réactions constructives lorsque son partenaire émet un comportement potentiellement destructeur (Rusbult et al., 1991), la volonté de se sacrifier (Van Lange et al., 1997), l'interdépendance cognitive élevée (Agnew, Van Lange, Rusbult, & Langston, 1998) et la confiance élevée en son partenaire (Wieselquist, Rusbult, Foster, & Agnew, 1999). Ainsi, plusieurs auteurs soutiennent que l'engagement est un élément clé dans la compréhension de la persistance des relations conjugales (Johnson, 1991; Kelley, 1983; Levinger, 1979; Rusbult et al., 1998).

En plus de son association étroite avec la persistance et la longévité des relations, l'engagement conjugal a été associé à plusieurs autres caractéristiques de la relation de couple notamment la satisfaction conjugale (Brault-Labbé et al., 2017; Rusbult et al., 1998) ainsi que différents indicateurs de bien-être (Brault-Labbé et al., 2017). L'étude de l'engagement en lien avec les stratégies d'adaptation des conjoints pourrait donc être particulièrement susceptible d'éclairer la compréhension du fonctionnement conjugal dans le contexte d'adversité que représente la perte périnatale.

### **Définition de l'engagement conjugal**

Malgré sa contribution à la compréhension de plusieurs aspects du fonctionnement amoureux, l'étude de l'engagement conjugal se frappe à un obstacle important. En effet, à l'instar de ce que soulignaient déjà Adams et Jones (1997) il y a 20 ans, il n'existe pas de consensus pour définir et mesurer l'engagement conjugal, si ce n'est que la plupart des auteurs s'entendent sur le fait qu'il représente le désir ou l'intention d'un individu de faire perdurer sa relation conjugale. Selon Adams et Jones (1997), la complexité de la définition de l'engagement relève principalement des nuances apportées par divers auteurs concernant les raisons de cette intention de faire perdurer la relation (p. ex., présence d'un attachement à l'autre, présence de divers sentiments, présence de divers investissements dans la relation). À ce propos, différentes conceptions de l'engagement conjugal sont présentées dans la prochaine section.

### **Modèles d'engagement**

Les modèles les plus connus qui incluent la notion d'engagement conjugal sont le modèle de cohésion (Levinger, 1965), le modèle d'investissement (Rusbult, 1980), le modèle tripartite (Johnson, 1973), le modèle triangulaire de Sternberg (1986) et le modèle multimodal d'engagement conjugal (Brault-Labbé et al., 2017), ce dernier étant retenu pour la présente étude. Voici une brève comparaison des modèles ainsi qu'une explication plus détaillée du modèle d'engagement retenu pour cette étude.

Le modèle d'investissement de Rusbult (1980), l'un des plus connus de la littérature scientifique sur l'engagement, définit ce dernier comme la combinaison d'une

intention de persister à long terme dans la relation ainsi qu'un attachement psychologique envers la cible d'engagement (Rusbult et al., 1998). Pour sa part, dans son modèle triangulaire incluant les notions d'intimité, de passion et d'engagement, Sternberg (1986) décrit l'engagement comme la composante cognitive impliquée dans la prise de décision d'entamer une relation amoureuse et de s'investir à long terme dans celle-ci. Ces définitions ont en commun de mettre de l'avant un processus décisionnel de l'individu inhérent à l'engagement. Levinger (1965, 1976) suggère pour sa part que la « *cohésion conjugale* » découle d'un ensemble de forces qui agissent sur les partenaires afin de rester dans la relation, une définition plutôt vague de l'engagement. Toutefois, le modèle d'investissement de Rusbult (1980) s'apparente au modèle de Levinger (1965, 1976) en ce sens qu'ils conçoivent tous deux l'engagement à partir de facteurs positifs menant l'individu vers la relation (les sources d'attraction présentes ou le niveau de satisfaction), d'alternatives à celle-ci (les sources d'attractions alternatives ou la qualité des alternatives), et de contraintes qui peuvent dissuader l'individu de quitter la relation (les barrières ou le niveau d'investissement). Plus précisément, Rusbult et al. (1998) considèrent que le niveau d'engagement d'un individu émerge d'un haut niveau de dépendance (inspiré de la théorie de l'interdépendance de Kelley & Thibaut, 1978) et que l'engagement influence directement les comportements quotidiens en relation. Au contraire de Levinger qui n'a jamais développé d'instrument afin de mesurer son concept de « *cohésion conjugale* », Rusbult et al. (1998) utilisent le *Investment Model Scale* afin d'évaluer les différentes composantes du modèle, soit le niveau de satisfaction, la qualité des alternatives, le niveau d'investissement et le niveau

d'engagement. Sternberg a pour sa part élaboré la *Triangular Love Scale* (Sternberg, 1988, 1997), qui permet d'évaluer les trois composantes de son modèle de l'amour, soit l'intimité, la passion et l'engagement se rapportant aux relations conjugales. Dans cette échelle, l'engagement dans la relation est mesuré par 15 énoncés qui reflètent des sentiments et des actions (p. ex., « je perçois ma relation avec X comme une bonne décision », [traduction libre], Sternberg, 1997, p. 329).

Alors que les modèles de Levinger (1965, 1976) et de Rusbult (1980) proposent un seul type d'engagement, le modèle tripartite de Johnson (1973, 1999; Johnson, Caughlin, & Huston, 1999) propose qu'il existe trois types d'engagement conjugal impliquant des causes, des conséquences (cognitives, émotionnelles et comportementales) ainsi que des expériences subjectives distinctes. Les deux premiers types d'engagement sont : *l'engagement personnel* (volonté de continuer la relation) qui découle de l'amour, de la satisfaction conjugale et de l'identité relationnelle; *l'engagement structurel* (sentiment d'être forcé de rester dans la relation) découlant de motifs externes à l'individu (p. ex., pression sociale, alternatives peu attrayantes); et *l'engagement moral* (devoir de continuer la relation) qui découle de l'attitude de l'individu face à la séparation, du sentiment d'obligation envers le partenaire ou les enfants, ainsi que de l'obligation de maintenir la relation pour demeurer en cohérence avec les croyances et les valeurs personnelles. Les trois types d'engagement ont été mesurés par des échelles validées empiriquement (Adams & Jones, 1997; Johnson et al., 1999). Toutefois, une confusion conceptuelle demeure au sein de ce modèle puisqu'il



définir et mesure en partie les trois types d'engagement proposés par des variables qui les déterminent ou qui en découlent.

En somme, le concept d'engagement a été conceptualisé ou inclus dans des modèles du fonctionnement conjugal par divers chercheurs, qui le définissent de manières variées. Le modèle de Sternberg (1986) met l'accent sur la composante cognitive de l'engagement (processus décisionnel) alors que celui de Levinger (1965, 1976) se concentre sur les facteurs associés au maintien d'une relation intime. Pour sa part, le modèle de Rusbult (1980) intègre l'engagement parmi plusieurs variables (niveau de satisfaction, qualité des alternatives relationnelles et investissement) inhérentes à la compréhension du fonctionnement conjugal. Le modèle de Johnson (1973, 1999) se démarque quant à lui par les types variés d'engagement qu'il propose, permettant de refléter le fait que l'engagement n'est pas toujours vécu comme une expérience positive par l'individu. Certains de ces modèles ont fait l'objet de validations empiriques notamment le modèle tripartite de Johnson (Adams & Jones, 1997; Johnson et al., 1999), le modèle d'investissement de Rusbult (Agnew et al., 1998; Etcheverry, Le, & Charania, 2008; Rusbult, 1980, 1983; Rusbult, Johnson & Morrow, 1986; Rusbult et al., 1998; Rusbult, Coolsen, Kirchner, & Clarke, 2006; Wieselquist et al., 1999) et le modèle de Sternberg (Sternberg, 1997).

Toutefois, ces modèles présentent des lacunes auxquelles le modèle retenu dans la présente étude tente de remédier. D'abord, si certains (Johnson, 1999; Rusbult, 1980;

Sternberg, 1986) permettent de bien situer l'engagement par rapport à d'autres variables importantes du fonctionnement conjugal (p. ex., satisfaction conjugale, intimité) et par rapport à des forces externes susceptibles d'influencer l'engagement (p. ex., qualité des alternatives disponibles), ils ne permettent pas de décrire avec précision les mécanismes psychologiques impliqués dans l'expérience d'engagement elle-même. En effet, les autres variables du fonctionnement conjugal abordées dans ces modèles constituent des corrélats de l'engagement et non des éléments définitionnels de ce dernier, d'où la confusion conceptuelle. De plus, certains modèles se limitent à définir l'engagement de manière unidimensionnelle (p. ex., une seule composante cognitive dans le modèle de Sternberg, 1986), ce qui ne permet pas de représenter la nature plus complexe de l'engagement reconnue par plusieurs auteurs. Enfin, le modèle de Levinger (1965, 1976) n'a conduit à aucun instrument permettant de mesurer l'engagement à partir de la conceptualisation proposée.

### **Le modèle multimodal d'engagement conjugal**

Afin de pallier l'absence de consensus définitionnel observé dans l'étude de l'engagement dans la sphère conjugale mais également dans plusieurs sphères d'activités, le *modèle multimodal d'engagement conjugal* a été conçu de façon à intégrer les indicateurs les plus consensuels et les plus fréquemment utilisés pour décrire et mesurer l'engagement psychologique. Il a été appliqué au domaine scolaire (Brault-Labbé & Dubé, 2008, 2010), au domaine du travail (Jodoin, 2000; Morin, Brault-Labbé, & Savaria, 2011; Morin, Brault-Labbé, & Brassard, 2013; Morin & Brault-Labbé, 2014)

et plus récemment au domaine conjugal, ce qui a permis la création et la validation du Questionnaire multimodal d'engagement conjugal (QMEC; Brault-Labbé et al., 2017). Inspiré par les travaux de Brickman (1987) qui décrit l'engagement comme un processus permettant de réconcilier les aspects positifs et négatifs de la vie (Brault-Labbé & Dubé, 2009), ce modèle se démarque par sa capacité à évaluer le degré d'engagement mais aussi la manière de s'engager des individus. Il propose trois modes distincts d'engagement conjugal : l'engagement optimal, le surengagement et le sous-engagement (Brault-Labbé et al., 2017). Chacun de ces modes consiste en une combinaison de composantes motivationnelle, affective, comportementale et cognitive.

*L'engagement optimal* se décrit comme l'interaction dynamique de trois forces psychologiques qui permettent à l'individu d'initier et de maintenir une ligne d'action ou de pensée envers sa relation de couple. Ainsi, 1- la composante motivo-affective, l'*enthousiasme*, qui est responsable du déclenchement du processus d'engagement, comprend l'énergie, l'intérêt et la valeur accordés au couple et à son partenaire; 2- la composante comportementale, la *persévérance*, permet la poursuite de l'action et des efforts pour le maintien et l'évolution de la relation conjugale malgré les obstacles rencontrés et; 3- la composante cognitive, la *réconciliation des éléments positifs et négatifs*, correspond au fait d'accepter que l'engagement implique certains inconvénients, obstacles ou renoncements auxquels il faut faire face pour pouvoir profiter des aspects positifs de la relation de couple. Il s'agit en quelque sorte d'assumer que la situation d'engagement ne peut être ni parfaite ni toujours facile, tout en

percevant que les avantages découlant de celle-ci sont suffisamment avantageux par rapport aux coûts impliqués (Brault-Labbé et al., 2017). Cela reprend l'idée d'un calcul coûts-bénéfices (considération des alternatives) effectué par l'individu lorsqu'il choisit de s'engager, telle que proposée dans d'autres modèles. Les résultats de Brault-Labbé et al. (2017) montrent que l'engagement optimal est positivement lié au bien-être individuel et conjugal.

Le *surengagement* est pour sa part défini par les contreparties excessives des composantes de l'engagement optimal. Un individu présentant ce type d'engagement aura donc 1- un *intérêt et une énergie prépondérants et excessifs* face à sa relation de couple, combiné à nombre limité d'activités autres et à un mode de fonctionnement dans lequel le couple prend une place centrale, au détriment d'autres aspects de sa vie (composante motivo-affective); 2- une *persistance compulsive* dans les activités en lien avec la relation conjugale même lorsqu'elles nuisent à sa santé ou à d'autres aspects de sa vie (composante comportementale), ainsi que; 3- une *perception de négliger d'autres aspects importants de sa vie* et de faire des sacrifices excessifs à cause de sa relation amoureuse (composante cognitive). Il importe de distinguer le surengagement d'un engagement très élevé mais qui demeure optimal. Cette distinction repose sur deux critères; 1- l'individu surengagé ressent lui-même une impression de déséquilibre dans sa vie; ou 2- il constate des conséquences négatives de ce type d'engagement dans sa vie (p. ex., conflits avec son entourage, difficultés à assumer des responsabilités liées à une autre sphère de vie). Ces éléments sont absents dans le cas d'un engagement optimal

(Brault-Labbé, 2011).

Finalement, le *sous-engagement* se définit par les contreparties déficitaires des composantes de l'engagement optimal, soit 1- un *manque d'énergie*, c'est-à-dire une difficulté à trouver la force de s'investir dans la relation de couple ou dans des activités qui s'y rattachent (composante motivationnelle); 2- un *manque d'intérêt* pour ce qui est associé à la relation de couple en général (composante affective), ainsi que; 3- un *envahissement face aux aspects négatifs et aux difficultés rencontrés* dans la relation, ce qui génère l'intention de vouloir mettre fin à celle-ci (composante cognitive-comportementale). Le sous-engagement est pour sa part à distinguer du désengagement. Lorsqu'il est question de sous-engagement, l'individu maintient des comportements qui témoignent d'un certain investissement face à l'autre même si cet investissement est minimal et peu satisfaisant. Lorsqu'il s'agit de désengagement, l'individu fait le choix personnel de mettre un terme à son engagement pour se réorienter vers d'autres objectifs.

Tel que le démontre leur description, le surengagement et le sous-engagement représentent des déséquilibres, que ce soit par un excès ou un manque d'engagement, qui conduisent à des conséquences négatives sur le fonctionnement de l'individu. En ce sens, Brault-Labbé et al. (2017) ont montré que le surengagement et le sous-engagement sont reliés à un faible bien-être personnel (mesuré par des indicateurs de bien-être psychologique) et conjugal (mesuré par un score de satisfaction conjugale).

L'un des aspects avantageux du modèle multimodal d'engagement est qu'il propose un processus d'engagement dynamique. En effet, il suggère que les composantes des trois modes d'engagement ne sont pas toujours activées au même moment et qu'elles ne sont pas toujours présentes avec la même intensité dans l'engagement de l'individu. Par exemple, l'enthousiasme présent dans l'engagement optimal peut prédominer à certains moments jusqu'à ce qu'un contexte plus difficile survienne et nécessite que les autres dimensions prennent le dessus pour maintenir l'engagement (Brault-Labbé et al., 2017). Ceci permet d'envisager plusieurs profils d'engagement au sein d'un même mode d'engagement, en plus des variations entre les modes (optimal, surengagement et sous-engagement) qui peuvent s'opérer chez un même individu. De plus, puisque chacun des modes d'engagement inclut des composantes de natures variées (motivationnelle, affective, cognitive, comportementale) qui intègrent des indicateurs fréquemment évoqués dans les modèles existants pour définir l'engagement conjugal, le modèle multimodal d'engagement conjugal permet une analyse plus précise et nuancée de l'engagement conjugal tout en offrant une conceptualisation intégrative.

Ce modèle permet également de pallier plusieurs lacunes des autres modèles évoqués, notamment la confusion conceptuelle observée entre les variables associées à l'engagement et les composantes qui le définissent à proprement parler. À titre d'exemple, il a été démontré que le modèle multimodal d'engagement permet de bien

distinguer l'engagement conjugal et la satisfaction conjugale, les corrélations entre ces deux concepts étant inférieures à 0,70 pour l'ensemble des sous-échelles d'engagement du modèle, à l'exception de l'enthousiasme (résultat qui s'explique par la nature des affects positifs envers la relation présents dans l'enthousiasme qui sont fortement liés à la satisfaction conjugale) (Brault-Labbé et al., 2017). De plus, le QMEC utilisé afin d'évaluer l'engagement conjugal a été validé empiriquement et détient des qualités psychométriques très satisfaisantes (Brault-Labbé et al., 2017). Compte tenu que l'engagement constitue un processus psychologique essentiel afin de surmonter des moments difficiles et que le modèle multimodal d'engagement permet de départager un engagement optimal d'un engagement problématique, ce modèle s'avère particulièrement pertinent en contexte d'adversité.

### **Objectifs de l'étude**

La présente recherche exploratoire vise à mieux comprendre l'expérience d'adultes en couple ayant vécu une perte périnatale par avortement spontané, et plus particulièrement les associations entre leurs stratégies d'adaptation à la perte et leur expérience d'engagement conjugal. Plus précisément, les objectifs sont : 1) de décrire les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées par les hommes et les femmes, la perception de leur niveau d'engagement conjugal ainsi que la perception de changement de leur niveau d'engagement conjugal suivant l'avortement spontané; 2) d'explorer les liens entre les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées par les partenaires et leur perception de leur niveau d'engagement optimal, de

surengagement et de sous-engagement; et 3) de mettre en lien les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées par les partenaires et la perception de *changement* de leur niveau d'engagement conjugal suivant la fausse couche. Étant donné que cette étude mesure de multiples stratégies d'adaptation à partir de deux mesures distinctes et que le modèle multimodal d'engagement, qui décrit trois modes d'engagement comportant chacun trois composantes, n'a encore jamais été utilisé dans ce domaine de recherche, la démarche demeure exploratoire et des hypothèses spécifiques ne sont pas posées au niveau des associations attendues. Ce sont donc des questions de recherche qui seront vérifiées dans cette étude doctorale. De plus, en lien avec l'objectif 2, il était initialement prévu que les effets partenaires soient examinés à l'aide du modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM : Kenny et al., 2006) afin de compléter l'étude des associations entre les deux variables. Ce type d'analyse innovatrice devait permettre d'apporter un éclairage sur l'influence *mutuelle* des partenaires lors d'un tel événement. Tel que mentionné ultérieurement dans la présentation de la méthode de recherche, ce volet a dû être exclu de l'étude à cause de difficultés de recrutement.



## **Méthode**

Cette section présente la méthode utilisée pour effectuer la présente recherche corrélationnelle transversale. En premier lieu, les participants de l'étude ainsi que le déroulement du recrutement sont décrits. Par la suite, les instruments utilisés dans la recherche sont exposés. Enfin, les considérations éthiques pertinentes à ce travail de recherche sont explicitées.

### **Participants et déroulement**

Les participants à la recherche ont été sollicités par différents modes de recrutement. D'abord, des annonces (voir Appendice A) ont été affichées dans les établissements du réseau de la santé ayant accepté de participer (CIUSSS de l'Estrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS de l'Abitibi-Témiscamingue) et dans les groupes de soutien pour parents ayant vécu une perte périnatale (Parents Orphelins, Maison de la Famille du Granit, Association Parents-Ressources des Bois-Francis, Centre périnatal Entre deux vagues, Maison Monbourquette). Ensuite, une page Facebook présentant l'étude a été créée afin de favoriser un plus vaste recrutement des participants à la grandeur du Québec. Enfin, un courriel de recrutement (voir Appendice B) a été envoyé à la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), au Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Aggressions Sexuelles (CRIPCAS) et aux connaissances personnelles et professionnelles des

chercheuses. Les régions de Montréal, de l'Estrie, de l'Abitibi-Témiscamingue, du Centre-du-Québec et du Bas-Saint-Laurent ont été plus spécifiquement ciblées. Les objectifs initiaux de l'étude visaient la participation de 60 couples. Cette taille d'échantillon a été déterminée par des calculs de puissance statistique (avec le logiciel G\*Power; Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) selon les analyses envisagées. Afin d'être retenus pour la participation à l'étude, les participants devaient être âgés de 18 ans et plus, être en couple et cohabiter avec leur partenaire et avoir vécu une fausse-couche dans les douze derniers mois. Le critère de temps écoulé depuis la fausse couche était important dans l'esprit de recruter des participants qui vivaient toujours le processus d'adaptation à la perte lors de la complétion du questionnaire. Ce critère, plus restreint que celui de la plupart des études répertoriées sur le sujet, visait à assurer la fidélité du contenu de l'expérience rapportée et éviter le biais de rappel. Toutefois, afin de maximiser le nombre de participants à l'étude, les données d'une femme qui avait répondu au sondage dans son entièreté mais qui dépassait de deux mois le critère de temps écoulé depuis la fausse couche ont été retenues.

Un total de 79 participants constitué de 69 femmes et 10 hommes a accédé au site internet sécurisé *Survey Monkey* © en vue de participer à la recherche. Parmi ceux-ci, 22 participants ont exercé leur droit de retrait à l'étude en cessant de répondre au questionnaire en cours de route et donc, conformément aux consignes qui leurs avaient été présentées, les données de ces participants n'ont pas été utilisées dans la recherche. De plus, les données d'une participante ont dû être retirées car elle dépassait de quatre

ans le critère d'un maximum de 12 mois écoulés depuis la fausse couche. En tenant compte de ces exclusions, un total de 56 participants dont 46 femmes et 10 hommes a été retenu pour former l'échantillon répondant à l'objectif 1 de l'étude. Les analyses principales (objectifs 2 et 3) ont toutefois été réalisées à partir des données récoltées auprès des 46 femmes uniquement puisque le nombre de participants de sexe masculin était insuffisant. Aussi, puisque seulement neuf couples ont été répertoriés parmi les répondants et que ce nombre était insuffisant pour mener des analyses dyadiques, les effets partenaires à l'aide du *Actor-Partner Interdependence Model* (APIM; Kenny et al., 2006) n'ont pas pu être examinés afin de compléter l'objectif 2.

## Femmes

Les 46 participantes retenues pour cette étude étaient âgées entre 19 et 41 ans ( $M = 31,22$ ;  $ET = 5,02$ ) et en couple depuis une période variant de 1 à 23 ans ( $M = 8,23$ ;  $ET = 4,97$ ). Parmi celles-ci, 26 femmes étaient conjointes de fait (56,5 %) et 20 femmes étaient mariées (43,5 %). Sur les 46 femmes, 21 avaient déjà au moins un enfant issu de leur union actuelle (45,7 %) et le nombre d'enfants variait entre 1 et 4 ( $M = 1,32$ ;  $ET = 0,78$ ). Trois femmes (6,5 %) avaient des enfants d'unions précédentes et le nombre variait entre 3 et 4 enfants ( $M = 3,50$ ;  $ET = 0,71$ ).

Pour ce qui se rapporte à la fausse couche, 89,1 % des femmes (soit 41 d'entre elles) ont mentionné que leur fausse couche était survenue à la suite d'une grossesse planifiée. Concernant les cinq femmes ayant vécu des fausses couches dont la grossesse

n'était pas planifiée, deux de celles-ci rapportaient que leur grossesse était accompagnée de sentiments positifs alors que les trois autres femmes rapportaient que leur grossesse était accompagnée de sentiments ambivalents. Pour les femmes dont la grossesse avait été planifiée, le nombre de temps écoulé depuis les premières tentatives de concevoir s'échelonnait entre 1 et 120 mois ( $M = 16,38$ ;  $ET = 25,56$ ). Chez les répondantes au sondage, le temps écoulé depuis la récente fausse couche variait entre 0,5 et 14 mois ( $M = 4,68$ ;  $ET = 3,80$ ). La majorité des femmes de l'échantillon (54,3 %), soit 25 femmes, avaient déjà vécu une fausse couche avant celle de la dernière année et le nombre de fausses couches antérieures variait entre 1 à 5 ( $M = 1,88$ ;  $ET = 1,24$ ). Sur les 46 femmes, 11 étaient à nouveau enceintes au moment de répondre au questionnaire (23,9 %) et la durée de cette nouvelle grossesse variait entre 2 et 35 semaines ( $M = 13,64$ ;  $ET = 10,60$ ).

Les femmes ont décrit l'expérience de la fausse couche comme étant pour la plupart un événement très difficile : 80,4 % d'entre elles ont évalué qu'il s'agissait d'un événement allant de « très difficile (6) » (26,1 %) à « énormément difficile (7) » (54,3 %). De plus, la médiane de cette distribution se situe à 7, ce qui représente le niveau le plus élevé de difficulté face à l'événement de la fausse couche selon l'échelle de Likert utilisée. Par ailleurs, 21 femmes ont rapporté avoir recouru à de l'aide professionnelle dont 18 auprès de psychologues, 2 auprès de travailleurs sociaux et 2 auprès d'infirmières spécialisées en deuil périnatal (dont l'une avait également eu un suivi par un psychologue). Parmi ces suivis, la majorité étaient des suivis individuels (16 femmes), 3 étaient des suivis de couple, 1 de groupe et l'autre suivi n'a pas été spécifié.

Il semble que le temps du suivi était variable, allant d'une seule rencontre à un accompagnement de quelques mois et jusqu'à deux ans pour une participante.

## **Hommes**

Les 10 hommes qui ont répondu au questionnaire en ligne et dont les données sont retenues pour des fins descriptives étaient âgés entre 24 et 42 ans ( $M = 32,30$ ;  $ET = 5,85$ ). Neuf d'entre eux étaient conjoints de fait (90 %) et l'un d'eux rapportait être marié (10 %). L'étendue de la durée de la relation de couple variait entre 1 et 18 ans ( $M = 6,40$ ;  $ET = 5,39$ ). Six hommes (60 %) avaient déjà des enfants de leur union actuelle et leur nombre variait entre 1 et 2 ( $M = 1,17$ ;  $ET = 0,41$ ). Aucun homme n'avait d'enfant issu d'une relation antérieure. En ce qui a trait à la grossesse de leur conjointe s'étant terminée par un avortement spontané, les hommes rapportent que celle-ci était planifiée chez 70 % d'entre eux. Chez ceux pour qui elle ne l'était pas, la grossesse était accueillie avec des sentiments positifs chez deux des hommes et avec des sentiments ambivalents pour l'autre. Pour les hommes dont la grossesse de la partenaire avait été planifiée, le temps écoulé depuis la tentative de concevoir variait entre 1 et 20 mois ( $M = 7,17$ ;  $ET = 6,91$ ). Le temps écoulé depuis la récente fausse couche variait entre 1 et 10 mois ( $M = 5,68$ ;  $ET = 3,02$ ). Quatre hommes (40 %) rapportaient que leur conjointe avait déjà vécu une expérience de fausse couche antérieure à celle faisant l'objet de l'étude et le nombre de fausses couches passées variait entre 1 et 3 ( $M = 2,00$ ;  $ET = 1,00$ ). Quatre hommes (40 %) rapportaient que leur conjointe était à nouveau enceinte au moment de leur

participation à l'étude et le nombre de semaines de la grossesse actuelle variait entre 8 et 32 semaines ( $M = 20,00$ ;  $ET = 16,97$ ).

Les hommes ont rapporté des expériences très variées concernant le niveau de difficulté vécu lors de l'expérience de la fausse couche : 20 % ont considéré cette expérience comme étant « peu difficile (2) », 20 % « moyennement difficile (4) », 20 % « difficile (5) », 30 % « très difficile (6) » et 10 % « énormément difficile (7) ». La médiane était de 5, ce niveau de l'échelle de Likert représentant un événement jugé difficile. Deux hommes avaient recouru à de l'aide psychologique auprès de psychologues. Leurs suivis en individuel ont eu une durée respective de 2 et 9 mois.

### **Instruments**

Les participants ont répondu individuellement à une batterie de questionnaires en ligne, d'une durée de 30 à 45 minutes. D'abord, un questionnaire sociodémographique a été administré aux participants (voir Appendice C). Il évaluait l'âge, le sexe, le statut conjugal, la durée de la relation, le nombre d'enfants issus de l'union actuelle et d'unions précédentes, la planification de la grossesse, le temps écoulé depuis la première tentative de concevoir, de même que le moment où est survenue la récente fausse couche, le nombre de fausses couches antérieures, la présence ou non de grossesse à l'heure actuelle et la durée de celle-ci le cas échéant. Il comportait également une question qui visait à évaluer à quel point l'évènement de la fausse couche a été vécu difficilement (à l'aide d'une échelle Likert en sept points variant de 1 « Pas du tout » à 7

« Énormément ») ainsi qu'une question qui visait à évaluer le recours à une aide professionnelle à la suite de la fausse couche.

En vue d'évaluer la perception de changement dans le niveau d'engagement depuis la fausse couche, les participants étaient amenés à répondre à une question à ce propos en se positionnant à l'aide d'une échelle de Likert en sept points variant de -3 « A fortement diminué » à 3 « A fortement augmenté », en passant par 0 « inchangé ». Les participants ont été invités à expliquer cette réponse en quelques lignes. Finalement, les participants étaient invités à préciser des éléments contextuels qui permettaient de mieux comprendre les circonstances de la fausse couche (p. ex., femme seule lors de la fausse couche, douleur physique associée, complications). Les informations qualitatives récoltées doivent faire l'objet d'une analyse de contenu dans le cadre plus large du programme de recherche dans lequel s'inscrit la présente étude doctorale. Elles ne seront donc pas présentées ici.

### **Stratégies d'adaptation**

Deux instruments de mesure des stratégies d'adaptation ont été administrés aux participants. Le premier inventaire est spécifique au processus de deuil et mesure les stratégies d'adaptation individuelles alors que le deuxième évalue les stratégies d'adaptation dyadique en situation de stress, représentée dans la présente étude par la situation de perte périnatale.



**Dual Coping Inventory.** Cette mesure des stratégies d'adaptation au deuil développée par Meij et al. (2008) se base sur la théorie du *Dual Process Model* (Stroebe & Schut, 1999). L'instrument (voir Appendice E) comprend deux échelles mesurant l'orientation vers la perte (3 énoncés) et l'orientation vers la restauration (4 énoncés), répondues à l'aide d'une échelle de Likert de cinq points variant de 1 « Pas du tout » à 5 « Énormément ». Les scores des échelles sont obtenus en effectuant une moyenne des items. Le score le plus élevé est de 5 points, alors que le plus faible est de 1 point. Les coefficients alphas de Cronbach de la version originale anglophone varient de 0,77 à 0,82 pour l'orientation vers la perte et de 0,84 à 0,86 pour l'orientation vers la restauration. Des analyses factorielles confirmatoires ont été réalisées sur les sept énoncés et elles ont appuyé la structure factorielle. Pour la présente étude, la traduction française de cet instrument a été effectuée à l'aide de la méthode de traduction renversée de Vallerand (1989). La cohérence interne pour la version française au sein du présent échantillon est aussi adéquate, avec des coefficients alpha de Cronbach de 0,81 pour l'orientation vers la perte et de 0,85 pour l'orientation vers la restauration.

**Dyadic Coping Inventory.** Le questionnaire en 37 items de Bodenmann (2008) a été traduit en français et validé par Lafontaine (2008). Le questionnaire comprend neuf sous-échelles d'énoncés qui évaluent la communication et l'adaptation dyadique en situation de stress sur trois dimensions : la perception par chaque partenaire de sa propre façon de s'adapter, la perception de chaque partenaire de la façon de s'adapter de l'autre partenaire, et la perception de chaque partenaire de comment tous deux s'adaptent en

tant que couple (voir Appendice F). Ces neuf sous-échelles sont : la sous-échelle de communication du stress (de soi et du partenaire), la sous-échelle de coping dyadique soutenant (de soi et du partenaire), la sous-échelle de coping dyadique délégué (de soi et du partenaire), la sous-échelle de coping dyadique négatif (de soi et du partenaire) et la sous-échelle de coping dyadique commun. Des échelles globales sont utilisées soit l'échelle de score total d'adaptation dyadique de soi (somme des scores aux sous-échelles de coping soutenant, délégué, négatif [inversé] et de communication du stress), l'échelle de score total d'adaptation dyadique du partenaire (somme des scores aux sous-échelles de coping soutenant, délégué, négatif [inversé] et de communication du stress), l'échelle de score total d'adaptation dyadique positive (somme des scores de soi et du partenaire aux sous-échelles de coping soutenant, délégué et commun) et l'échelle de score total d'adaptation dyadique négative (somme des scores de soi et du partenaire à la sous-échelle de coping négatif). Finalement, l'échelle de satisfaction du coping dyadique (2 items) mesure l'évaluation du participant de son adaptation en couple et l'échelle d'adaptation dyadique totale (somme des scores à toutes les sous-échelles) situe le participant selon son adaptation dyadique totale.

Chaque item est répondu à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points variant de 1 « Très rarement » à 5 « Très souvent ». Le score total d'adaptation dyadique permet d'évaluer si l'adaptation dyadique est sous la moyenne ( $< 111$ ), dans la moyenne (111-145) ou au-dessus de la moyenne ( $> 145$ ). Les coefficients alpha de Cronbach des sous-échelles de la version française varient de 0,50 à 0,89 (Ledermann et al., 2010). La

validité prédictive du questionnaire a été établie avec des échelles de satisfaction conjugale et des patrons de communication dyadique (Ledermann et al., 2010). La satisfaction conjugale et le patron de communication constructive sont reliés positivement aux différentes échelles d'adaptation dyadique, sauf celle d'adaptation dyadique négative. Le contraire est retrouvé pour le patron de communication évitant et le patron demande-retrait. Dans la présente étude, la cohérence interne est adéquate pour l'adaptation dyadique commune ( $\alpha = 0,82$ ), la satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique ( $\alpha = 0,95$ ), l'échelle globale d'adaptation dyadique positive ( $\alpha = 0,89$ ), l'échelle globale d'adaptation dyadique négative ( $\alpha = 0,75$ ), l'adaptation dyadique totale de soi ( $\alpha = 0,77$ ), l'adaptation dyadique totale du partenaire ( $\alpha = 0,90$ ) et l'adaptation dyadique totale ( $\alpha = 0,92$ ). Il est à noter qu'afin d'alléger le texte, le terme *échelles positives* sera utilisé afin de faire référence aux multiples échelles (adaptation dyadique commune, adaptation dyadique positive, adaptation dyadique totale de soi, adaptation dyadique totale du partenaire, et satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique) en opposition à l'échelle globale d'adaptation dyadique négative. Le terme *échelles positives* se distingue donc de l'échelle globale d'adaptation dyadique positive qui réfère aux scores aux sous-échelles de coping soutenant, délégué et commun, de soi et du partenaire.

### **Engagement**

Le Questionnaire multimodal d'engagement conjugal (QMEC) a été développé et validé par Brault-Labbé et al. (2017). Il mesure les trois modes d'engagement conjugal

d'engagement optimal, de surengagement et de sous-engagement (voir Appendice D). Le questionnaire est constitué de 27 items et comporte des questions à répondre selon une échelle Likert en neuf points variant de 0 « Ne me représente pas du tout » à 8 « Me représente tout à fait ». Les scores pour ces trois échelles sont calculés à partir de la moyenne des items leur correspondant. Les scores peuvent donc fluctuer entre 0 et 8, 8 correspondant à un score élevé. Lors de la validation de l'instrument, les échelles globales correspondant aux trois modes d'engagement présentaient respectivement des coefficients alpha de Cronbach de 0,94, 0,92 et 0,96. Dans la présente étude, la cohérence interne est aussi adéquate pour les échelles globales d'engagement optimal ( $\alpha = 0,87$ ) et de sous-engagement ( $\alpha = 0,85$ ). La cohérence interne de l'échelle globale de surengagement ( $\alpha = 0,64$ ) est cependant plus faible. La validité convergente des échelles a été établie avec la satisfaction conjugale, des mesures valides d'engagement et des indicateurs de bien-être (Brault-Labbé et al., 2017). Plus précisément, l'échelle de satisfaction conjugale (DAS-4; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005) ainsi que l'échelle d'engagement de la *Triangular Love Scale* (TLS; Sternberg, 1988) corrélaient positivement avec l'engagement optimal et la composante d'enthousiasme excessif du surengagement et négativement avec le sous-engagement. Les indicateurs de bien-être psychologique (bien-être global, bonheur, sens à la vie, satisfaction de vie) sont reliés positivement à l'engagement optimal alors qu'ils sont reliés négativement au surengagement et au sous-engagement.

### **Mesure de contrôle**

Tel qu'évoqué dans le contexte théorique, l'état dépressif se distingue de l'état de deuil (p. ex., atteinte à l'estime de soi et sentiment plus généralisé de culpabilité), avec des caractéristiques pouvant être aggravantes pour ce dernier. Puisqu'il est également susceptible d'être lié à l'engagement en contexte de perte périnatale et, par le fait même, de biaiser les résultats, le degré de détresse psychologique des participants est mesuré au moyen de l'*Inventaire de Dépression de Beck-II (BDI)* (Beck, Steer, & Brown, 1996, version francophone éditée par le Centre de psychologie appliquée, 1998). Le BDI-II est un questionnaire auto-rapporté constitué de 21 items mesurant la sévérité de la dépression chez une population adolescente et adulte (Beck et al., 1996). Le BDI a été révisé en 1996 afin de mieux représenter les critères de dépression retrouvés dans le DSM-IV (voir Appendice G). Les items ont chacun quatre choix de réponse allant de (0) « absence de symptôme » à (3) « symptôme sévère ». Les participants rapportent la présence ou l'absence des symptômes présentés dans les deux dernières semaines. Un score entre 0 et 13 est considéré minime, 14 et 19 léger, 20 à 28 modéré et 29 à 63 sévère (Smarr & Keefer, 2011). La cohérence interne du BDI-II est très bonne ; les coefficients alphas de Cronbach sont de 0,92 pour la population clinique et de 0,93 pour la population non-clinique (Beck et al., 1996). Dans la présente étude, la cohérence interne semble également satisfaisante avec un coefficient alpha de 0,92.

### **Considérations éthiques**

Ce projet respecte les grands principes de consentement libre et éclairé, d'anonymat et d'équilibre entre les risques et les bénéfices. Les participants ont pu

consentir de manière libre et éclairée à l'aide d'une lettre informative se trouvant sur la page d'accueil du site sécurisé Survey Monkey où les participants étaient invités à participer à la recherche (voir Appendice H). Cette lettre présentait les objectifs de recherche, la nature de la participation, les avantages et inconvénients pouvant découler de la participation, le droit de retrait de la participation sans préjudice, les moyens pris pour assurer le respect de la confidentialité, les dispositions pour la conservation et la destruction des données, l'anonymat des résultats, les coordonnées du chercheur en cas de besoin et le numéro de certificat d'approbation éthique de la recherche.

Le principe d'anonymat a été respecté par l'utilisation d'une clé d'identification ne permettant pas d'identifier les participants. Puisque cette étude visait à compléter l'objectif 2 par des analyses dyadiques si le recrutement le permettait, les participants devaient créer un code d'identification afin que les données puissent être appariées. Ainsi le code était composé de la première lettre du prénom du partenaire féminin, suivie de la première lettre du prénom du partenaire masculin puis du numéro de l'adresse de leur résidence principale et, finalement d'un « F » si le participant était une femme et d'un « H » s'il était un homme (p. ex., Julie Lavoie, habitant au 987 rue Wellington avec son conjoint Pierre Lavoie, inscrit « JP987F »; exemple fictif). Les données, encryptées et transférées dans une base SPSS, ont été conservées par les chercheuses dans un fichier informatisé dont l'accès nécessite un mot de passe.

Puisque le projet porte sur la perte périnatale, sur les stratégies d'adaptation utilisées face à celui-ci et sur la relation de couple, la participation à cette étude avait comme risque de soulever des émotions et des souvenirs douloureux. Pour cette raison, en cas de besoin, les participants ont été invités à se référer au CLSC ou au CSSS de leur quartier ou région ou encore à l'Ordre des psychologues du Québec afin d'obtenir le soutien psychologique nécessaire. Un inconvénient associé à la participation à cette recherche était le temps requis de 30 à 45 minutes pour remplir les questionnaires. Toutefois, puisque le questionnaire était en ligne, les participants pouvaient choisir le moment qui leur convenait afin d'y répondre. En contrepartie à ces inconvénients, les bénéfices associés à la participation à cette étude étaient d'apporter le sentiment de contribuer à l'avancement des connaissances, de permettre potentiellement d'offrir un meilleur soutien aux couples vivant une telle épreuve ainsi que de prendre un recul sur leur façon de gérer l'événement et sur leur relation de couple, ce qui pouvait possiblement mener à des constats positifs.

## Résultats



Les analyses statistiques présentées dans cette section ont été réalisées en trois étapes. D’abord, des analyses descriptives ont été réalisées afin de répondre au premier objectif visant à présenter le portrait des femmes et des hommes de l’échantillon. Ensuite, des analyses préliminaires ont été effectuées afin de vérifier la pertinence de contrôler pour des variables sociodémographiques et pour les symptômes dépressifs lors des analyses principales. Finalement, les analyses principales ont été réalisées afin de répondre aux objectifs 2 et 3 de l’étude.

### **Analyses descriptives**

Afin de répondre à l’objectif de décrire les stratégies d’adaptation individuelles et dyadiques utilisées par les hommes et les femmes, la perception de leur niveau d’engagement ainsi que la perception de changement de leur niveau d’engagement conjugal, les Tableaux 2 et 3 présentent les résultats des analyses descriptives réalisées sur l’ensemble des variables à l’étude pour les femmes et les hommes respectivement. Les participantes présentent des scores moyens d’adaptation individuelle modérés sur l’échelle d’orientation vers la restauration et sur celle d’orientation vers la perte. Elles présentent des scores moyens relativement élevés pour l’engagement optimal, faibles-modérés pour le surengagement et très faibles pour le sous-engagement.

Tableau 2

*Moyennes, écart-types, minimum, maximum, asymétrie et aplatissement des variables pour les femmes*

Variable	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Asy</i>	<i>Aplat</i>
<i>Adaptation individuelle</i>						
Orientation vers la perte	3,28	1,18	1,00	5,00	-0,418	-0,951
Orientation vers la restauration	3,55	0,93	1,50	5,00	-0,318	-0,711
<i>Adaptation dyadique totale</i>						
AD Commune	3,76	0,81	2,00	5,00	-0,307	-0,603
Satisfaction AD	4,00	0,97	1,50	5,00	-0,928	0,156
AD totale Soi	3,95	0,46	2,67	4,93	-0,406	0,920
AD totale Partenaire	3,69	0,69	2,07	4,87	-0,619	-0,169
AD couple positive	3,79	0,55	2,47	4,84	-0,297	-0,195
AD couple négative	1,68	0,64	1,00	3,38	0,869	-0,137
<i>Engagement</i>						
Engagement optimal <sup>1</sup>	6,70	1,22	2,33	8,00	-2,096	5,444
Surengagement	3,58	1,03	1,00	5,67	-0,153	-0,110
Sous-engagement <sup>2</sup>	1,07	1,05	0,00	4,22	1,517	2,170
<i>Échelle de dépression</i>	16,61	11,00	0,00	40,00	0,473	-0,552

*Note.* Les résultats sont présentés pour les variables originales. Les chiffres en indices correspondent à la transformation appliquée sur la variable pour rencontrer la normalité de la distribution : 1 : reflet et logarithme, 2 : logarithme. *M* = Moyenne. *ÉT* = Écart-type. *Min* = Minimum. *Max* = Maximum. *Asy* = Asymétrie. *Aplat* = Aplatissement.

Le score total moyen d'adaptation dyadique se situe dans la normale, les scores moyens aux différentes échelles positives d'adaptation dyadique sont relativement élevés et le score moyen à l'échelle d'adaptation dyadique négative est plutôt faible. Les participantes présentent en moyenne des scores légers de symptômes dépressifs. Dix-

huit femmes ont des symptômes dépressifs minimales (39,13 %), onze femmes ont des symptômes légers (23,91 %), sept ont des symptômes modérés (15,22 %) et huit ont des symptômes sévères (17,39 %) (deux femmes n'ont pas complété ce questionnaire). Les résultats révèlent que l'engagement des femmes face à leur relation de couple a pour la plupart augmenté depuis l'avortement spontané : 28 femmes (60,8 %) ont mentionné que leur engagement avait connu une augmentation, celle-ci étant faible pour 8 d'entre elles, moyenne pour 10 d'entre elles et forte pour les 10 autres. Huit femmes ont mentionné une diminution de leur engagement (17,4 %) et dix ont rapporté un engagement inchangé (21,7 %). La médiane ( $Md = 1$ ) correspond à une légère élévation de l'engagement sur une échelle allant de « fortement diminué (-3) » à « fortement augmenté (3) ».

Selon les indices d'asymétrie et d'aplatissement, les variables semblaient présenter une distribution normale, à l'exception des échelles d'engagement optimal (asymétrie négative) et de sous-engagement (asymétrie positive). Des transformations ont été effectuées sur la variable d'engagement optimal (reflet et logarithme) et la variable de sous-engagement (logarithme) afin de corriger leur asymétrie.

Les résultats des analyses descriptives réalisées sur l'ensemble des variables à l'étude pour les hommes (voir Tableau 3) indiquent que, bien que cette différence n'ait pas été vérifiée par le biais d'un test, les hommes présentent des scores moyens d'adaptation individuelle relativement élevés sur l'échelle d'orientation vers la

Tableau 3

*Moyennes, écart-types, minimum, maximum des variables pour les hommes*

Variable	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Adaptation individuelle</i>				
Orientation vers la perte	1,70	0,68	1,00	3,33
Orientation vers la restauration	4,15	0,72	3,00	5,00
<i>Adaptation dyadique totale</i>				
AD Commune	3,66	0,81	2,00	5,00
Satisfaction AD	3,90	1,29	1,00	5,00
AD totale Soi	3,73	0,48	3,00	4,67
AD totale Partenaire	3,72	0,92	1,73	4,67
AD couple positive	3,77	0,73	2,16	4,68
AD couple négative	2,00	0,68	1,13	3,25
<i>Engagement</i>				
Engagement optimal	6,43	1,07	4,78	8,00
Surengagement	4,16	1,42	2,22	6,67
Sous-engagement	1,47	1,51	0,00	4,44
<i>Échelle de dépression</i>	7,10	9,34	0,00	29,00

restauration et faibles sur celle d'orientation vers la perte. Ils présentent des scores moyens relativement élevés d'engagement optimal, modérés de surengagement et faibles de sous-engagement. Le score total moyen d'adaptation dyadique se situe également dans la normale, les scores moyens aux échelles positives d'adaptation dyadique sont relativement élevés et le score moyen à l'échelle d'adaptation dyadique négative est plutôt faible. Les hommes présentent en moyenne des scores minimes de symptômes dépressifs. Huit hommes ont des symptômes dépressifs minimes (80 %) alors que les

autres hommes présentent des symptômes légers (10 %) et sévères (10 %). Ils ont cependant rapporté une grande variation quant à l'évolution de leur engagement de couple. En effet, 50 % des hommes rapportent une augmentation de leur engagement, 40 % rapportent un engagement inchangé et 10 % rapportent un engagement diminué. La médiane se situe à mi-chemin entre aucun changement et une faible amélioration ( $Md = 0,5$ ).

### **Analyses préliminaires**

D'abord, afin de vérifier les liens préliminaires entre les variables principales de l'étude, des analyses de corrélation de Pearson ont été menées sur les variables d'engagement et de stratégies d'adaptation individuelle et dyadique (voir Tableau 4). Les résultats montrent que le score total d'adaptation dyadique ainsi que les échelles d'adaptation dyadique sont positivement liés au score d'engagement optimal, à l'exception de l'échelle d'adaptation dyadique négative pour laquelle la corrélation est négative. Le score d'adaptation individuelle orientée vers la perte est positivement lié au score de surengagement. Enfin, le score total d'adaptation dyadique ainsi que les échelles d'adaptation dyadique sont liés négativement au sous-engagement, à l'exception de l'échelle d'adaptation dyadique négative pour laquelle il existe une corrélation positive. Ces résultats soutiennent la présence de corrélations entre les variables, ce qui appuie la pertinence de poursuivre les analyses.

Afin de vérifier les liens entre les données sociodémographiques et les variables

Tableau 4

*Corrélations de Pearson entre les variables d'engagement, d'adaptation individuelle et d'adaptation dyadique*

Variable	Engagement optimal	Surengagement	Sous-engagement
<i>Adaptation individuelle</i>			
Orientation vers la perte	-0,282	0,302*	0,241
Orientation vers la restauration	0,225	-0,131	-0,235
<i>Adaptation dyadique totale</i>			
AD Commune	0,497**	0,098	-0,645**
AD Commune	0,433**	0,156	-0,580**
Satisfaction AD	0,367*	0,070	-0,616**
AD totale Soi	0,488**	-0,063	-0,435**
AD totale Partenaire	0,384**	0,155	-0,624**
AD couple positive	0,549**	0,148	-0,682**
AD couple négative	-0,297*	-0,044	0,498**

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

dites « dépendantes » de l'étude (engagement optimal, surengagement, sous-engagement) chez l'échantillon de femmes, deux types d'analyses ont été effectuées. D'abord, des corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques continues (p. ex., âge, durée de la relation, temps écoulé depuis la récente fausse couche, symptômes dépressifs) et les variables principales de l'étude ont été réalisées. Le Tableau 5 révèle des corrélations significatives positives entre le temps écoulé depuis la récente fausse couche, les symptômes dépressifs du BDI et le score de sous-engagement des femmes. Le temps écoulé depuis la récente fausse couche est aussi corrélé positivement au surengagement des participantes. Puisque ces variables présentent des

Tableau 5

*Corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques continues et les variables principales de l'étude chez les femmes*

Variable	<i>n</i>	Engagement optimal <sup>1</sup>	Surengagement	Sous-engagement
Âge	46	-0,026	0,114	0,009
Durée de la relation	46	0,000	0,038	0,018
Temps écoulé depuis la récente fausse couche	46	-0,229	0,316*	0,331*
Temps écoulé depuis la tentative d'avoir un enfant	41	-0,178	0,127	0,100
Durée de la grossesse actuelle (s'il y a lieu)	11	-0,461	0,004	0,484
Nombre d'enfants de l'union actuelle	22	0,149	0,009	0,014
Symptômes dépressifs (BDI)	44	-0,241	0,242	0,341*

\* $p < 0,05$ .

*Note.* <sup>1</sup>Les scores d'engagement optimal ont subi une transformation par le reflet et le logarithme.

corrélations supérieures à 0,30 (tailles d'effets modérées à fortes, Cohen, 1988) avec les variables à l'étude, il apparaît pertinent de les contrôler lors des analyses principales.

Puis, des analyses de variance multivariée (MANOVAs), présentées au Tableau 6, ont été conduites sur les variables dites dépendantes (engagement optimal, surengagement, sous-engagement) en fonction des variables socio-économiques catégorielles (c.-à-d., statut conjugal, grossesse planifiée, fausse couche précédente,

Tableau 6

*Analyses de variance multivariées sur les variables d'engagement en fonction des caractéristiques sociodémographiques chez les femmes*

Variable	Engagement optimal		Surengagement		Sous-engagement		F	$\eta^2$
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT		
Statut conjugal							1,907	0,120
Mariée	6,57	1,20	3,92	0,92	1,30	1,15		
Cohabite	6,80	1,24	3,33	1,05	0,90	0,96		
Grossesse planifiée							0,268	0,019
Oui	6,70	1,27	3,55	1,06	1,10	1,11		
Non	6,71	0,63	3,89	0,77	0,89	0,35		
Vécu fausse couche précédente							0,732	0,050
Oui	6,92	1,09	3,49	1,02	0,95	0,99		
Non	6,44	1,33	3,69	1,05	1,22	1,13		
Grossesse actuelle							0,435	0,030
Oui	6,79	0,84	3,32	0,76	0,93	1,11		
Non	6,68	1,32	3,66	1,09	1,12	1,05		
Présence d'enfant de l'union actuelle							2,224	0,137
Oui	6,49	1,31	3,53	0,65	1,48	1,27		
Non	6,88	1,12	3,62	1,27	0,73	0,68		

*Note.*  $\eta^2$  : Eta carré (taille de l'effet).

grossesse actuelle, présence d'enfant de l'union actuelle). Cette analyse a été privilégiée puisqu'elle visait à diminuer l'erreur de type 1.

Puisqu'aucune analyse ne s'est révélée significative, il ne semble pas nécessaire de contrôler pour ces variables catégorielles dans les analyses principales. Or, la taille de



l'effet de la variable « présence d'enfant de l'union actuelle » est supérieure à 9 % de même que la taille de l'effet du statut conjugal, ce qui suggère une taille d'effet moyenne (Cohen, 1988). Les analyses univariées ont aussi révélé l'effet significatif de la présence d'un enfant issu de l'union actuelle sur la composante du sous-engagement ( $F(1,44) = 6,339, p = 0,016, \eta^2 = 0,126$ ). Les femmes qui ont déjà un enfant avec leur partenaire actuel rapportent significativement moins de sous-engagement que celles qui n'ont pas déjà un enfant. Cette variable sera donc retenue comme covariable pour le sous-engagement.

En somme, les variables du temps écoulé depuis la récente fausse couche (surengagement, sous-engagement), de la présence d'enfants de l'union actuelle (sous-engagement) et du score de symptômes dépressifs (BDI) (sous-engagement) seront utilisées comme variables contrôles dans les analyses principales.

### **Analyses principales**

La présente section porte sur les analyses de régression linéaire multiple qui ont été conduites afin de répondre aux objectifs de l'étude. Les postulats de ces analyses (taille de l'échantillon, normalité, absence de multicollinéarité et de valeurs extrêmes, homoscedasticité) ont été vérifiés au préalable. D'abord, la taille de l'échantillon de 46 participants était supérieure à vingt fois le nombre de deux prédicteurs (Tabachnick & Fidell, 1989), ce qui suggère un échantillon suffisant pour les analyses envisagées (à l'exception des analyses se rapportant au sous-engagement, qui comportent trois

variables contrôle et pour lesquelles ce critère n'est plus rencontré : cet élément est pris en compte dans la discussion). Afin de respecter la normalité des distributions, des transformations ont été effectuées sur les variables qui ne rencontraient pas la normalité (présentées au Tableau 2). Les trois derniers postulats des analyses de régression (multicolinéarité, homoscedasticité, absence de valeur extrême multivariée) ont pour leur part été vérifiés au moment de réaliser chaque analyse. Les analyses de régression sont présentées dans l'ordre suivant : 1) liens entre l'adaptation dyadique et l'engagement optimal, 2) liens entre l'adaptation individuelle et le surengagement et 3) liens entre l'adaptation dyadique et le sous-engagement. Pour répondre à l'objectif qui porte sur les liens entre l'adaptation individuelle et dyadique et la perception de changement dans l'engagement conjugal, des corrélations de Spearman seront par la suite présentées.

### **Liens entre l'adaptation dyadique et l'engagement optimal**

Afin de vérifier les liens entre l'adaptation dyadique et l'engagement optimal chez les femmes, sept analyses de régression linéaire multiple hiérarchiques ont été conduites en introduisant d'abord la variable contrôle du temps écoulé depuis la récente fausse couche (étape 1) et ensuite la variable d'adaptation dyadique (étape 2). Les postulats de la régression linéaire ont été vérifiés. Les coefficients de corrélation entre les prédicteurs se situent en deçà de 0,70, ce qui appuie l'absence de multicolinéarité ou de singularité. Les postulats d'homoscédasticité et de linéarité ont été vérifiés à travers le diagramme de la répartition des résidus standardisés autour des valeurs prédites.

L'absence de valeur extrême a été vérifiée par l'examen de la distance de Cook, qui est inférieure à 1,00.

En introduisant la variable contrôle du temps écoulé depuis la fausse-couche et le prédicteur *score total d'adaptation dyadique*, le modèle de régression est significatif ( $F(2,43) = 8,752, p = 0,001$ ). Ces deux variables expliquent 25,6 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,256$ ) de l'engagement optimal. Le score total d'adaptation dyadique est positivement associé au degré d'engagement optimal ( $\beta = 0,487, p < 0,001$ ) et explique 23,7 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,237$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement lié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,206, p = 0,116$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(2,43) = 10,699, p < 0,001$ ) lorsque le variable contrôle est jumelée à la variable prédictive *adaptation dyadique positive*. Les deux variables expliquent 30,1 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,301$ ) de l'engagement optimal. L'adaptation dyadique positive est positivement reliée au degré d'engagement optimal ( $\beta = 0,532, p < 0,001$ ) et explique 28,0 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,280$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement lié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,177, p = 0,164$ ).

Le modèle de régression de l'engagement optimal est significatif ( $F(2,43) = 3,821, p = 0,030$ ) lorsque la variable contrôle est jumelée à la variable *adaptation dyadique négative*. Les deux variables expliquent 11,1 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,111$ ).

L'adaptation dyadique négative est négativement reliée au degré d'engagement optimal ( $\beta = -0,315, p = 0,031$ ) et explique 9,9 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,099$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement lié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,251, p = 0,082$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(2,43) = 7,869, p = 0,001$ ) lorsque la variable contrôle est jumelée à la variable *adaptation dyadique totale de soi*. Les deux variables expliquent 23,4 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,234$ ) de l'engagement optimal. L'adaptation dyadique totale de soi est associée positivement à l'engagement optimal ( $\beta = 0,468, p = 0,001$ ) et explique 21,5 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,215$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement lié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,174, p = 0,192$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(2,43) = 5,255, p = 0,009$ ) lorsque la variable contrôle est jumelée à la variable *adaptation dyadique totale du partenaire*. Les variables expliquent 15,9 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,159$ ) de l'engagement optimal. L'adaptation dyadique totale du partenaire est positivement liée au degré d'engagement optimal ( $\beta = 0,380, p = 0,008$ ) et explique 14,4 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,144$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement lié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,221, p = 0,113$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(2,43) = 4,539, p = 0,016$ ) lorsque la variable contrôle est jumelée à la variable prédictive *satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique*. Ces variables expliquent 13,6 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,136$ ) de l'engagement optimal. La satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique est positivement associée au degré d'engagement optimal ( $\beta = 0,351, p = 0,015$ ) et explique 12,2 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,122$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement relié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,200, p = 0,157$ ).

Enfin, le modèle de régression est également significatif ( $F(2,43) = 7,115, p = 0,002$ ) lorsque la variable contrôle est jumelée à la variable prédictive *adaptation dyadique commune*. Les variables expliquent 21,4 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,214$ ) de l'engagement optimal. L'adaptation dyadique commune est positivement associée au degré d'engagement optimal ( $\beta = 0,444, p = 0,002$ ) et explique 19,6 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,196$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche n'est pas significativement lié à l'engagement optimal ( $\beta = -0,248, p = 0,068$ ).

En somme, le score total d'adaptation dyadique, l'adaptation dyadique positive, l'adaptation dyadique totale de soi, l'adaptation dyadique du partenaire, la satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique et l'adaptation dyadique commune sont liés positivement à l'engagement optimal. Une seule échelle est négativement associée à l'engagement optimal et il s'agit de l'adaptation dyadique négative.

### **Liens entre l'adaptation individuelle et le surengagement**

Puisqu'aucune corrélation significative n'a été obtenue entre les variables d'adaptation *dyadique* et le surengagement, aucune analyse supplémentaire n'a été menée sur ces variables. Afin de mieux comprendre les liens entre les variables de l'adaptation *individuelle* et le surengagement chez les femmes, une analyse de régression linéaire multiple hiérarchique a été conduite sur la composante du surengagement. La variable contrôle du temps écoulé depuis la récente fausse couche a été entrée à l'étape 1 et la variable d'adaptation individuelle d'orientation vers la perte a été entrée à l'étape 2. Les postulats de la régression linéaire ont été vérifiés. Le coefficient de corrélation entre les prédicteurs se situe en deçà de 0,70, appuyant l'absence de multicollinéarité. Les postulats d'homoscédasticité et de linéarité ont été vérifiés à travers le diagramme de la répartition des résidus standardisés autour des valeurs prédites. L'absence de valeur extrême a été vérifiée par l'examen de la distance de Cook, qui est inférieure à 1,00.

Le modèle de régression est significatif ( $F(2,43) = 4,212, p = 0,021$ ) et les deux variables expliquent 12,5 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,125$ ) du surengagement. Toutefois, le score d'orientation vers la perte ( $\beta = 0,256, p = 0,077$ ) n'est pas significativement lié au surengagement ni le temps écoulé depuis la récente fausse couche ( $\beta = 0,273, p = 0,060$ ). Ainsi, l'adaptation individuelle n'est pas significativement associée au surengagement lorsque le temps écoulé depuis la fausse couche est considéré.

### **Liens entre l'adaptation dyadique et le sous-engagement**

Afin d'explorer les liens entre les variables de l'adaptation dyadique et le sous-engagement chez les femmes, sept analyses de régression linéaire multiple hiérarchiques ont été conduites sur la composante du sous-engagement en introduisant d'abord les variables contrôles du temps écoulé depuis la récente fausse couche, de la présence d'enfants de l'union actuelle et du score de symptômes dépressifs au BDI (étape 1) et ensuite la variable d'adaptation dyadique (étape 2). Les postulats de la régression linéaire ont été vérifiés. Les coefficients de corrélation entre les prédicteurs se situent en deçà de 0,70, ce qui indique l'absence de multicollinéarité ou de singularité. Les postulats d'homoscédasticité et de linéarité ont été vérifiés à travers le diagramme de la répartition des résidus standardisés autour des valeurs prédites. L'absence de valeur extrême a été vérifiée par l'examen de la distance de Cook, qui est inférieure à 1,00.

En introduisant les variables contrôles et le prédicteur *score total d'adaptation dyadique*, le modèle de régression est significatif ( $F(4,39) = 10,424, p < 0,001$ ). Le score total d'adaptation dyadique et les variables contrôles expliquent 46,7 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,467$ ) du sous-engagement. Le score total d'adaptation dyadique est négativement relié au degré de sous-engagement ( $\beta = -0,455, p = 0,001$ ) et explique 17 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,170$ ) alors que la variable du temps écoulé depuis la fausse couche est reliée à un score plus élevé de sous-engagement ( $\beta = 0,317, p = 0,007$ ) avec une variance expliquée unique de 9,9 % ( $sr^2 = 0,099$ ). La variable présence d'enfant de l'union actuelle n'est pas significativement liée au sous-engagement ( $\beta = -0,155, p = 0,210$ ) ni la variable du score au BDI ( $\beta = 0,231, p = 0,054$ ).

Le modèle de régression prédisant le sous-engagement est également significatif ( $F(4,39) = 12,247, p < 0,001$ ) lorsque les variables contrôles sont jumelées à la variable prédictive *adaptation dyadique positive*. Les quatre variables expliquent 51,1 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,511$ ). L'adaptation dyadique positive est négativement associée au degré de sous-engagement ( $\beta = -0,501, p < 0,001$ ) et explique 21,0 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,210$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche est lié à un score plus élevé de sous-engagement ( $\beta = 0,292, p = 0,010$ ) avec une variance unique de 8,3 % ( $sr^2 = 0,083$ ). La variable présence d'enfant de l'union actuelle n'est pas relié significativement au sous-engagement ( $\beta = -0,156, p = 0,179$ ) ni la variable du score au BDI ( $\beta = 0,223, p = 0,052$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(4,39) = 7,207, p < 0,001$ ) lorsque les variables contrôles sont jumelées à la variable *adaptation dyadique négative*. Les variables expliquent 36,6 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,366$ ) du sous-engagement. L'adaptation dyadique négative est associée à un score plus élevé de sous-engagement ( $\beta = 0,307, p = 0,027$ ) et explique 7,8 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,078$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche est aussi associé positivement au sous-engagement ( $\beta = 0,362, p = 0,005$ ) avec une variance unique de 12,8 % ( $sr^2 = 0,128$ ) de même que les symptômes dépressifs du BDI, qui sont liés à davantage de sous-engagement ( $\beta = 0,275, p = 0,035$ ) avec une variance unique de 7 % ( $sr^2 = 0,070$ ). La présence d'enfant de



l'union actuelle n'est pas significativement liée au sous-engagement ( $\beta = -0,207$ ,  $p = 0,127$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(4,39) = 6,298$ ,  $p = 0,001$ ) pour prédire le sous-engagement lorsque les variables contrôles sont jumelées à la variable *adaptation dyadique totale de soi*. Les quatre variables expliquent 33 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,330$ ). Or, l'adaptation dyadique totale de soi n'est pas significativement reliée au sous-engagement ( $\beta = -0,229$ ,  $p = 0,096$ ) lorsque les variables contrôles sont considérées. De fait, le temps écoulé depuis la fausse couche est associé à un score plus élevé de sous-engagement ( $\beta = 0,306$ ,  $p = 0,021$ ) et explique 9 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,090$ ), tandis que les symptômes dépressifs (BDI) sont aussi reliés positivement au sous-engagement ( $\beta = 0,325$ ,  $p = 0,014$ ) avec une variance expliquée unique de 10,3 % ( $sr^2 = 0,103$ ). La présence d'enfant de l'union actuelle n'est pas significativement liée au sous-engagement ( $\beta = -0,247$ ,  $p = 0,073$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(4,39) = 10,337$ ,  $p < 0,001$ ) lorsque les variables contrôles sont jumelées à la variable prédictive *adaptation dyadique totale du partenaire*. Les quatre variables expliquent 46,5 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,465$ ) du sous-engagement. L'adaptation dyadique totale du partenaire est négativement associée au degré de sous-engagement ( $\beta = -0,444$ ,  $p = 0,001$ ) et explique 16,7 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,167$ ). La variable du temps écoulé depuis la fausse couche est positivement liée au sous-engagement ( $\beta = 0,334$ ,  $p = 0,005$ ) avec une variance unique

de 11 % ( $sr^2 = 0,110$ ). Les symptômes dépressifs ne sont pas liés significativement au sous-engagement ( $\beta = 0,227, p = 0,059$ ) ni la présence d'enfant de l'union actuelle ( $\beta = -0,182, p = 0,134$ ).

Le modèle de régression est significatif ( $F(4,39) = 9,469, p < 0,001$ ) pour prédire le sous-engagement lorsque les variables contrôles sont jumelées à la variable *satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique*. Ces variables expliquent 44,1 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,441$ ). La satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique est négativement associée au degré de sous-engagement ( $\beta = -0,431, p = 0,002$ ) et explique 14,5 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,145$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche est associé positivement au degré de sous-engagement ( $\beta = 0,312, p = 0,010$ ) avec une variance unique de 9,5 % ( $sr^2 = 0,095$ ). Les symptômes dépressifs ( $\beta = 0,222, p = 0,073$ ) et la présence d'enfant de l'union actuelle ( $\beta = -0,152, p = 0,233$ ) ne sont pas significativement liés au sous-engagement.

Enfin, le modèle de régression est significatif ( $F(4,39) = 9,522, p < 0,001$ ) lorsque les variables contrôles sont jumelées à la variable prédictive *adaptation dyadique commune*. Les quatre variables expliquent 44,2 % de la variance ( $R^2_{aj} = 0,442$ ) du sous-engagement. L'adaptation dyadique commune est négativement associée au degré de sous-engagement ( $\beta = -0,414, p = 0,002$ ) et explique 14,7 % de sa variance unique ( $sr^2 = 0,147$ ). Le temps écoulé depuis la fausse couche est relié positivement au sous-engagement ( $\beta = 0,364, p = 0,003$ ) avec une variance unique de 13 % ( $sr^2 = 0,130$ ).

Les symptômes dépressifs ne sont pas reliés significativement au sous-engagement ( $\beta = 0,213, p = 0,087$ ) de même que la présence d'enfant de l'union actuelle ( $\beta = -0,213, p = 0,082$ ).

En somme, le score total d'adaptation dyadique, l'adaptation dyadique positive, l'adaptation dyadique totale du partenaire, la satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique et l'adaptation dyadique commune sont liés négativement au sous-engagement. Une seule échelle est positivement reliée au sous-engagement, soit l'adaptation dyadique négative. Finalement, l'échelle d'adaptation dyadique totale de soi n'explique pas le sous-engagement au-delà des variables contrôles.

### **Liens entre l'adaptation individuelle et dyadique et la perception de changement dans l'engagement conjugal**

Afin d'explorer les liens entre les variables de l'adaptation individuelle et dyadique et la perception de changement de l'engagement conjugal chez les femmes, des analyses de corrélation de Spearman ont été conduites auprès des participantes (voir Tableau 7). La perception de changement de l'engagement conjugal a également été mise en relation avec les variables contrôles « temps écoulé depuis la récente fausse couche », « présence d'enfants de l'union actuelle » et score de symptômes dépressifs (BDI).

Il semble que plus les participantes rapportent un score élevé au score total

Tableau 7

*Corrélations de Spearman entre les variables de perception de changement de l'engagement conjugal, l'adaptation individuelle et l'adaptation dyadique chez les femmes*

Variable	Perception de changement de l'engagement conjugal
<i>Adaptation individuelle</i>	
Orientation vers la perte	-0,116
Orientation vers la restauration	0,125
<i>Adaptation dyadique totale</i>	
AD Commune	0,425**
Satisfaction AD	0,389**
AD totale Soi	0,125
AD totale Partenaire	0,320*
AD couple positive	0,350*
AD couple négative	-0,389**
Présence d'enfants de l'union actuelle	0,201
Temps écoulé depuis la récente fausse couche	-0,056
Score au BDI	-0,214

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

d'adaptation dyadique ainsi qu'aux échelles d'adaptation dyadique commune, de satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique, d'adaptation dyadique du partenaire et d'adaptation dyadique positive, plus elles perçoivent une augmentation de leur engagement conjugal. Une corrélation négative significative indique également que plus

les participantes ont un score faible à l'adaptation dyadique négative, plus elles perçoivent une augmentation de leur engagement conjugal. Les résultats révèlent qu'il ne semble pas y avoir de lien significatif entre l'adaptation individuelle, l'échelle d'adaptation dyadique totale de soi, la présence d'enfant issu de l'union actuelle, le temps écoulé depuis la récente fausse couche, le score de symptômes dépressifs (BDI) et la perception de changement de l'engagement conjugal.

Le Tableau 8 présente un récapitulatif des résultats rapportés. Le score total d'adaptation dyadique ainsi que les échelles positives d'adaptation dyadique sont positivement liés à l'engagement optimal alors que l'adaptation dyadique négative y est liée négativement. Les types d'adaptation dyadique et individuelle ne sont pas liés au surengagement à l'exception de la stratégie d'adaptation individuelle d'orientation vers la perte qui est corrélée positivement avec ce mode d'engagement. Le score total d'adaptation dyadique ainsi que les échelles positives d'adaptation dyadique sont associés négativement au sous-engagement, alors que l'adaptation dyadique négative y est positivement associée. Finalement, l'adaptation dyadique totale de soi n'explique pas le sous-engagement au-delà des variables contrôles.

Tableau 8

*Tableau récapitulatif des résultats*

Variable	Engagement optimal	Surengagement	Sous-engagement
<i>Contrôle</i>			
Temps écoulé depuis la fausse couche	Ns	Ns	+
Symptômes dépressifs			+ (pour 2 analyses : Adaptation dyadique négative et Adaptation dyadique totale de soi)
Présence d'enfant de l'union actuelle			Ns
<i>Prédicteur</i>			
Adaptation individuelle	Ns	Ns (corrélation + avec orientation vers la perte)	Ns
Adaptation dyadique	Échelles positives d'adaptation dyadique (+) Score total d'adaptation dyadique (+) Adaptation dyadique négative (-)		Échelles positives d'adaptation dyadique (-) Adaptation dyadique totale de soi (ns) Score total d'adaptation dyadique (-) Adaptation dyadique négative (+)

*Note.* (Ns) = lien non significatif. (+) = lien positif. (-) = lien négatif.

## **Discussion**

Dans cette section, les résultats sont discutés et des liens sont proposés avec des connaissances existantes ainsi qu'avec les théories de l'engagement conjugal et de l'adaptation. Par la suite, les retombées de l'étude sont présentées, tant sur le plan de l'avancement des connaissances scientifiques que sur le plan clinique. Finalement, les forces et les limites de l'étude sont abordées, de même que des pistes pour des recherches futures.

### **Discussion des résultats**

Les objectifs de cette étude visaient à explorer les liens entre l'engagement conjugal et les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques d'adultes en relation de couple ayant vécu une fausse couche. Plus précisément, le premier objectif était de décrire les stratégies individuelles et dyadiques utilisées par les hommes et les femmes, la perception de leur niveau d'engagement conjugal et la perception de changement de leur niveau d'engagement conjugal à la suite de l'expérience de fausse-couche. Le deuxième objectif avait pour but d'explorer les liens entre les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées par les partenaires et leur perception de leur niveau d'engagement optimal, de surengagement et de sous-engagement. Le dernier objectif de cette étude visait à explorer les liens entre les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées par les partenaires et la perception de changement de leur niveau



d'engagement conjugal à la suite de la fausse couche. Cette section présente les principaux résultats obtenus accompagnés de pistes d'explication. De plus, des liens avec les études empiriques et théoriques sur le sujet sont proposés.

### **Adaptation et engagement en contexte de perte : vécu des hommes et des femmes**

**Adaptation individuelle.** D'abord, les femmes qui ont vécu un avortement spontané semblent être davantage *orientées vers la perte* que vers la restauration, c'est-à-dire qu'elles semblent plus tournées vers le travail du deuil, éprises par leur chagrin et dans le déni ou l'évitement des changements indiquant une reconstruction à la suite du décès de l'enfant. Ces résultats sont cohérents avec la notion de « travail du deuil » qui comporte en début de processus des manifestations comme pleurer (Parkes, 1998; Worden, 2008) et s'opposer à la réalité de la perte (Freud, 1917; Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross & Kessler, 2005). Il est d'ailleurs possible de présumer que certaines participantes en sont au début de leur processus de deuil puisque le plus court délai de temps écoulé depuis la fausse couche répertoriée est de seulement deux semaines. Les résultats des hommes révèlent que ces derniers semblent un peu plus *orientés vers la restauration* que vers la perte donc ils sont plus portés à regarder vers l'avant, à se distraire de leur peine et à s'adonner à de nouvelles activités. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Meij et al. (2008) qui montre que les hommes sont moins orientés vers la perte du bébé que les femmes et qu'ils rapportent des scores d'orientation vers la restauration plus élevés en début de deuil que leur conjointe. Dans le contexte de la présente étude, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que,

puisque la grossesse n'était pas très avancée, les hommes étaient un peu moins impliqués émotionnellement durant la grossesse et face à la perte comparativement aux femmes qui portent le fœtus et souvent l'investissent plus tôt (Beutel et al., 1996). Les hommes auraient donc ressenti une souffrance moins intense associée à la perte et il aurait été plus facile pour eux d'investir le futur. Il est également possible que ces résultats reflètent un portrait type des femmes ayant répondu à l'étude. En effet, des femmes davantage centrées sur la perte pourraient voir la participation à l'étude comme étant une façon de reconnaître la perte et de cheminer dans leur deuil et les inciter à y participer alors que les femmes davantage centrées sur leur avenir pourraient percevoir la participation à l'étude comme un retour vers l'arrière ou une façon de replonger dans la douleur de la perte qu'elles cherchent à éviter.

**Adaptation dyadique.** Les scores des hommes et des femmes sont apparus semblables sur l'ensemble des échelles d'adaptation dyadique. Les hommes et les femmes rapportent des scores moyens d'adaptation dyadique totale dans la moyenne (score des stratégies de communication du stress « *je fais savoir à mon/ma partenaire que j'apprécie son soutien concret, ses conseils ou son aide* », des stratégies d'adaptation dyadique positives « *mon/ma partenaire me démontre de l'empathie et de la compréhension* » et des stratégies d'adaptation dyadique négatives « *mon/ma partenaire me blâme de ne pas m'adapter assez bien au stress* » de soi et du partenaire) des scores moyens aux différentes sous-échelles et échelles globales d'adaptation dyadique positive relativement élevés et plutôt faibles à l'échelle d'adaptation dyadique

négative (adaptation dyadique positive, adaptation dyadique totale de soi, adaptation dyadique totale du partenaire, adaptation dyadique commune, satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique et adaptation dyadique totale). Ces résultats permettent de penser qu'à la suite de l'expérience de fausse couche, les hommes et les femmes ont une perception similaire de leur adaptation en tant que couple. Il est également probable que les hommes et femmes qui acceptent de participer à une telle étude ne soient pas ceux qui présentent des degrés d'adaptation dyadique plus faibles, car l'étude cible spécifiquement l'adaptation des couples à la fausse-couche.

**Symptômes dépressifs.** Il est intéressant de noter que plus de la moitié des femmes ont rapporté des symptômes dépressifs de légers à sévères, alors que la grande majorité des hommes (80 %) ne rapportaient pas de symptômes dépressifs ou rapportaient des symptômes minimes. Ce résultat est concordant avec les écrits scientifiques qui mentionnent que les femmes auraient des scores plus élevés de dépression que les hommes à la suite de la perte (Beutel et al., 1996; Meij et al., 2008). Ces études rapportent également que l'intensité et la durée du deuil des femmes tendraient à être un peu plus élevées que pour les hommes, bien que les symptômes soient semblables. Alors que la présente étude n'a pas évalué spécifiquement les symptômes de deuil, il est possible que certains symptômes dépressifs rapportés par les participants soient le reflet de manifestations considérées normales en contexte de deuil. En effet, tel que mentionné dans le contexte théorique, malgré les différences existantes entre deuil et dépression, plusieurs symptômes de l'épisode dépressif sont similaires aux

manifestations de deuil répertoriées par de nombreux auteurs (Bowlby, 1961, 1980; Freud, 1917; Glick, et al., 1974; Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross & Kessler, 2005; Lindemann, 1944; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1998; Worden, 2008). Ces similitudes sont également reconnues par le *DSM-5* (APA, 2013) qui fait mention de la nécessité de prendre en compte certains facteurs avant de conclure à la présence d'un épisode dépressif surajouté aux manifestations du deuil. L'étude de Murray et Callan (1988) révèle en ce sens que même si les parents qui ont perdu un enfant vivent des symptômes dépressifs, ils présentent malgré tout un degré de dépression inférieur à celui d'individus ayant un état dépressif.

Il est d'ailleurs pertinent de rappeler que plusieurs auteurs considèrent normale la présence de symptômes de deuil dans les 12 à 24 mois suivant la perte et parfois un peu plus (Fréchette-Piperni, 2005; Kersing & Wagner, 2012; Parkes 1998). Ainsi, considérant que les femmes dans cette étude ont vécu leur fausse couche dans les 18 derniers mois, il pourrait être attendu que celles qui sont davantage orientées vers la perte expérimentent davantage de manifestations du deuil semblables à celles de la dépression, puisqu'elles passent davantage de temps à expérimenter et à ruminer des sentiments négatifs (p. ex., tristesse, peine, colère, incompréhension, blâme). En ce sens, Meij et al. (2008) rapportent qu'il existe un lien entre son propre type d'adaptation et le niveau de dépression; plus un individu est orienté vers la perte, plus il présente des symptômes dépressifs.

**Engagement optimal.** Les hommes et les femmes qui ont vécu une fausse-couche et participé à l'étude semblent rapporter davantage d'engagement optimal que de sous-engagement et de surengagement. Cette information révèle que la plupart des individus qui ont vécu une telle perte réussissent à percevoir que leur expérience d'engagement envers leur relation de couple demeure au global plus positive que déficitaire ou excessive.

**Surengagement.** De façon surprenante, les hommes et les femmes de l'étude semblent rapporter davantage de *surengagement* que les adultes de la population générale. Le résultat moyen à l'échelle de surengagement dans cette étude est de 3,58 pour les femmes et de 4,16 pour les hommes alors que le résultat moyen chez les adultes de la population générale de l'étude de validation de Brault-Labbé et al. (2017) est de 2,92 (hommes et femmes confondus). Bien que la prudence s'impose dans l'interprétation de cette différence puisque les échantillons étudiés ne sont pas les mêmes et ne sont donc pas statistiquement comparables, il semble y avoir une tendance plus élevée au surengagement chez les participants de la présente étude. Ce résultat amène à considérer la possibilité de l'existence d'un lien entre le surengagement et la situation de perte.

A posteriori, il est logique de croire que le surengagement et la situation de deuil puissent être théoriquement reliés. Ce lien pourrait, de façon hypothétique, être particulièrement présent lorsqu'il est question d'une expérience de deuil traumatique.

Certains auteurs parlent d'un deuil traumatique lorsque le deuil survient à la suite de la perte d'un être significatif, que les symptômes reflètent l'état de dévastation en étant marquants et persistants, et qu'ils incluent notamment une angoisse de séparation importante et intrusive (Jacobs et al., 2000). Plus précisément, rappelons que le deuil traumatique serait l'enchevêtrement entre le processus de deuil, qui vise le détachement affectif, et le traumatisme, qui contraint pour sa part à l'attachement puisque les manifestations de l'état de choc (p. ex., pensées intrusives, insécurité, angoisse, sentiment de vide) maintiennent l'individu dans la répétition de la situation vécue de façon traumatique. L'atténuation de la douleur pourrait être compliquée chez individu aux prises avec cette dualité (Mormont, 2009). Or, la perte périnatale possède souvent les caractéristiques et circonstances susceptibles d'engendrer des symptômes de stress post-traumatique (Séjourné et al., 2008) et de deuil traumatique (Brillon, 2012). Une récente étude démontre d'ailleurs que la majorité des femmes ayant vécu une perte périnatale considère cette expérience comme sévèrement traumatique (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017). Les éléments pouvant mener à un tel vécu traumatique sont par exemple le caractère inattendu et brutal de la perte, les images souvent difficiles qui accompagnent la situation, la douleur physique parfois importante qui peut y être rattachée pour les femmes sans y être préparées et les pertes multiples et importantes qui en découlent (Brillon, 2012; Séjourné et al., 2008). Il est possible de penser que la situation de perte périnatale, vécue de façon plus « traumatique », puisse déstabiliser l'individu qui tentera de s'adapter plus ou moins efficacement en mettant au centre de sa

vie (caractéristique propre au surengagement) les éléments fondamentaux liés à l'événement qu'il vit, soient sa perte et sa relation avec son partenaire.

En outre, le surengagement conjugal plus élevé chez les individus ayant vécu une perte périnatale que chez les individus de la population générale pourrait également être compris comme une réaction de dévouement et d'intérêt excessif à la relation de couple reliée à une prise de conscience de la fragilité de la vie et de l'existence de son partenaire à la suite de la perte. En effet, l'exposition à une telle perte est susceptible de bouleverser certaines conceptions et certitudes envers le monde et troubler l'attachement d'un individu (Jacobs, 2000).

Une autre hypothèse serait de penser que certains individus ressentent de la culpabilité liée à la perte, ce qui les amèneraient à s'investir davantage dans leur relation de couple de façon à se « racheter » et se faire « pardonner ». Il semble en effet que plusieurs femmes ont tendance à se blâmer (McGreal et al., 1997) et croient être responsables de la perte du bébé (Stirtzinger et al., 1999).

Les résultats concernant le surengagement dans la présente étude sont non seulement surprenants puisqu'ils sont supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale, mais également puisque les hommes semblent rapporter davantage de surengagement que les femmes. Difficiles à expliquer, ces résultats peuvent porter à croire que les hommes qui ont accepté de répondre à une étude sur cette difficile

expérience de couple portent une attention plus prononcée à leur relation de couple, bien que cette propension soit habituellement associée aux femmes (Cross & Madson, 1997). Il serait intéressant de vérifier si un tel résultat serait répliqué dans des études futures, auprès d'échantillons masculins de plus grande taille.

**Sous-engagement.** Le sous-engagement est le type d'engagement le moins rapporté par les hommes et les femmes dans cette étude, ce qui ne diffère pas de la tendance habituelle repérée dans la population générale (Brault-Labbé et al., 2017). Toutefois, les hommes dont la partenaire a vécu une fausse couche semblent rapporter un peu plus de sous-engagement envers leur relation que les femmes qui ont vécu la fausse couche. Il est intéressant de constater que les hommes qui ont répondu à l'étude semblent rapporter des scores moyens plus élevés que les femmes à la fois au sous-engagement et au surengagement, deux modes traduisant des déséquilibres d'engagement conjugal (Brault-Labbé et al., 2017). Ces résultats peuvent porter à croire que les hommes qui vivent une perte périnatale par fausse couche présentent davantage de difficultés sur le plan de l'engagement comparativement aux femmes. Il serait intéressant de se questionner à savoir si cette différence perçue mais non validée statistiquement entre les hommes et les femmes est reliée à la situation de perte périnatale ou si cette différence est typique de la population générale.

**Perception du changement dans l'engagement.** Enfin, il semble que l'événement de la perte par fausse couche ait modifié la perception de l'engagement des



participants et participantes envers leur relation de couple car plus de la majorité des femmes et la moitié des hommes ont rapporté une augmentation de leur engagement envers leur partenaire. Ces résultats amènent à croire qu'une majorité de couples semble grandir et se solidifier à la suite de cette expérience. C'est d'ailleurs une conclusion constatée par plusieurs chercheurs (Avelin et al., 2013; Cacciatore et al., 2013; Gilbert, 1989). Il est toutefois intéressant de constater que les hommes semblent rapporter en plus grande proportion une absence de changement dans leur engagement conjugal comparativement aux femmes. Ce résultat pourrait amener la réflexion à savoir si l'engagement conjugal global de l'homme est plus stable dans le temps, et ce, malgré les obstacles, alors que celui de la femme pourrait connaître davantage de fluctuations liées au contexte. Comme le suggère théoriquement le modèle multimodal de l'engagement, le mode et le degré d'engagement envers son partenaire peut fluctuer en fonction des situations et obstacles qui se présentent dans la relation puisque le processus d'engagement est dynamique et évolue au cours d'une vie. Cette plus grande absence de changement dans la perception de l'engagement chez les hommes pourrait donc constituer le reflet du moindre impact de la perte sur leur ajustement, tel que rapporté par plusieurs auteurs (Beutel et al., 1996; Brier, 2008). Ainsi, puisque les hommes se sentiraient généralement moins affectés personnellement par la perte, ils n'auraient pas le sentiment que celle-ci affecte leur relation ni leur engagement envers leur conjointe. Cette hypothèse demeure par ailleurs à confirmer, d'autant plus si l'on considère la faible taille d'échantillon d'hommes sur laquelle elle s'appuie dans la présente étude.

En somme, le portrait des hommes et des femmes qui ont pris part à l'étude est plutôt similaire lorsqu'il est question d'adaptation dyadique et d'engagement optimal alors que des différences, quoique non évaluées statistiquement, sont notées et soulèvent de nombreuses pistes de réflexion sur le plan des stratégies d'adaptation individuelle, des symptômes dépressifs, du surengagement et du sous-engagement.

### **Adaptation et engagement optimal des femmes**

Les résultats obtenus auprès des femmes concernant les liens entre les stratégies d'adaptation dyadique utilisées par les partenaires à la suite de la fausse couche et l'engagement conjugal optimal ont révélé des liens positifs entre tous les aspects de l'adaptation dyadique et l'engagement optimal, à l'exception des stratégies d'adaptation dyadique négatives.

En effet, plus les femmes rapportent être satisfaites du soutien qu'elles ont reçu de leur partenaire et de la manière dont elles et leur conjoint ont géré le stress ensemble à la suite de la fausse couche (*satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique*), plus elles se disent enthousiastes envers leur relation de couple, persévérantes face aux obstacles, et en mesure de réconcilier les aspects négatifs et positifs de leur relation (*composantes de l'engagement optimal*). Ce résultat est concordant avec l'étude de Brault-Labbé et al. (2017) qui montre des liens positifs entre la satisfaction conjugale et l'engagement optimal, ainsi qu'avec le modèle d'investissement de Rusbult (1980), qui considère la satisfaction conjugale comme une composante déterminante de l'engagement (Rusbult et

al., 1998). Il est possible de supposer que plus la femme rapporte un enthousiasme envers sa relation de couple, plus elle sera encline à percevoir une satisfaction élevée envers divers aspects de sa relation, et vice versa. En ce sens, Holmes (2004) rapporte que les partenaires qui ont confiance en leur conjointe ou conjoint vont avoir tendance à évacuer les pensées négatives à leur sujet pour mettre l'accent sur des pensées plus positives. Il est aussi possible de penser que réciproquement, comme le suggère le modèle d'investissement de Rusbult (1980), l'enthousiasme de la femme envers sa relation amoureuse découle de cette perception de satisfaction vis-à-vis l'adaptation en couple face à la situation difficile qu'ils vivent. Les liens entre ces variables vont également dans le sens des résultats de Bodenmann (1995, 2011) qui ont montré une relation entre la satisfaction conjugale et l'adaptation dyadique. Ainsi, il n'est pas surprenant qu'en plus de se dire satisfaites de leur adaptation en tant que couple, les femmes ayant un engagement optimal rapportent adopter elles-mêmes et percevoir chez leur conjoint davantage de stratégies de communication, de soutien, de compréhension et d'aide concrète (*stratégies d'adaptation dyadique de soi et du partenaire positives*). Elles disent également avoir davantage le sentiment de faire équipe avec leur partenaire, que ce soit en cherchant activement des solutions ensemble ou en s'aidant mutuellement à voir le problème sous un autre angle (*stratégies d'adaptation dyadique communes*).

La présente étude suggère donc l'existence d'un lien chez la femme entre sa perception positive des stratégies d'adaptation utilisées par elle-même et son partenaire en couple et l'engagement optimal. Plus elle a l'impression que son partenaire démontre

de l'écoute, de l'empathie et apporte son aide en réaction à la fausse couche, plus la femme se dit emballée par sa relation de couple et prête à persévérer malgré les difficultés. Ces résultats semblent appuyer d'autres résultats issus de la littérature scientifique au sujet de rôle du partenaire sur l'ajustement de la femme qui vit une perte périnatale, à savoir que le soutien du partenaire conduirait au final à moins de dépression (Beutel et al. 1996; Canario et al., 2011; De Ville et al., 2013) et à une meilleure résolution du deuil (De Ville et al., 2013). Il est donc logique que la perception de recevoir du soutien de son partenaire à travers son adaptation en couple soit positivement associée à l'engagement optimal de la femme. Il serait d'ailleurs possible d'émettre l'hypothèse d'une interdépendance entre ces variables qui prendrait la forme d'un cycle dans lequel chacune des composantes influence et alimente les autres composantes, ce que propose le modèle cyclique de Weigel et Ballard-Reisch (2014).

En effet, ce modèle présente la relation entre des *indicateurs d'expression de l'engagement conjugal*, comme se montrer soutenant ou travailler sur la relation de couple, et *la perception de l'engagement conjugal*. Il propose que le niveau d'engagement d'un individu est associé à sa propre expression de l'engagement conjugal et que cette manifestation d'engagement est perçue par son partenaire, ce qui influence alors le niveau d'engagement de ce partenaire et, par conséquent, son émission de comportements d'engagement (Weigel & Ballard-Reisch, 2014). Une telle compréhension pourrait s'appliquer aux résultats de la présente étude en proposant que l'engagement d'un individu est associé à son utilisation de stratégies d'adaptation

dyadique positives qui, perçues par le partenaire, influencent son engagement et par le fait même son utilisation de stratégies d'adaptation dyadique positives. Ainsi, les stratégies d'adaptation du partenaire perçues par l'individu contribueraient à son propre engagement. La perception de l'engagement conjugal et les stratégies d'adaptation dyadique positives seraient à la fois des causes et des conséquences du mode d'engagement conjugal. Cette compréhension est toutefois de l'ordre de l'hypothèse puisque le sens de la relation entre ces variables reste inconnu aux termes de la présente étude.

Il est intéressant de noter que la façon dont se comporte la femme envers son partenaire et la façon dont elle perçoit que son partenaire se comporte avec elle sont liées à un engagement optimal alors que sa façon de s'adapter individuellement n'y est pas liée. Ce résultat peut au premier abord apparaître surprenant puisqu'il ne concorde pas avec l'étude de Papp et Witt (2010) dans laquelle l'adaptation individuelle d'un individu est positivement liée à sa propre adaptation dyadique positive. Cela laissait présager que la façon dont s'adapte la femme individuellement à la perte allait également être liée à un engagement optimal. Il est possible que ce soit davantage la perception de la qualité de la relation, le sentiment d'être deux pour faire face à la fausse couche, qui agit comme indicateur d'un engagement conjugal optimal. En effet, le recours à des stratégies d'adaptation dyadique positives engendre un sentiment d'unité (ou *we-ness*) qui comprend une confiance mutuelle, le sentiment de pouvoir compter sur l'autre, l'engagement dans la relation et la perception que la relation est une source de soutien

lors d'événements difficiles (Bodenmann, 2005). Ce serait davantage ce sentiment d'être ensemble face à la fausse couche qui serait lié à l'engagement optimal de la femme plutôt que les stratégies en tant que telles qu'elle utilise pour faire face à la situation.

En somme, les femmes qui ont vécu une fausse couche qui se disent satisfaites de la manière dont se fait l'adaptation en tant que couple et qui sont plus portées à percevoir chez elles-mêmes et chez leur conjoint une utilisation de comportements positifs et d'efforts communs devant un tel événement sont davantage engagées de façon optimale dans leur relation de couple. Ces résultats semblent cohérents avec des résultats antérieurs obtenus avec l'utilisation du modèle multimodal de l'engagement, qui indiquent qu'un engagement optimal est lié à une expérience subjective plus positive des individus à différents égards, par exemple un bien-être plus élevé ou plus de sens donné à la vie (Brault-Labbé et al., 2017). De plus, ils permettent de mettre en lumière que le fait de gérer la perte en équipe, de façon unie, favorise un engagement optimal chez la femme qui vient de vivre une perte très importante.

### **Adaptation et surengagement des femmes**

Les résultats de la présente étude ont révélé que les stratégies d'adaptation dyadique rapportées par les femmes ayant vécu une fausse couche ne sont pas reliées au surengagement de celles-ci. Les résultats révèlent plutôt un lien entre la stratégie d'adaptation individuelle d'orientation vers la perte et le surengagement, qui apparaît toutefois uniquement lors des analyses corrélationnelles et qui n'atteint plus le seuil de

signification lorsque le temps écoulé depuis la fausse couche est pris en considération dans les analyses de régression. En d'autres mots, si le temps écoulé depuis la perte était maintenu constant pour toutes les participantes, le lien entre la stratégie d'adaptation individuelle et le surengagement apparaîtrait marginal. À la lumière d'éléments discutés préalablement au regard du surengagement, il est plausible de croire qu'un deuil caractérisé par une plus grande orientation vers la perte soit lié à une tendance accrue à s'investir dans les éléments directement liés à l'expérience de cette perte, incluant la relation de couple, mais que cela relève davantage de la récence de l'expérience de deuil, qui est alors typiquement plus aiguë. Toutefois, il serait imprudent de conclure à partir du résultat obtenu dans l'analyse de régression qu'il n'y a pas de lien entre la stratégie individuelle d'orientation vers la perte et le surengagement, car cette absence de lien pourrait s'expliquer par la petite taille de l'échantillon. Cette prudence est d'autant plus pertinente qu'au plan théorique, plusieurs similarités existent entre les notions de surengagement et d'orientation vers la perte.

En effet, ces deux concepts se rapportent à des expériences à connotation obsessive. D'un côté, le surengagement est caractérisé par un intérêt excessif porté à la relation, un sentiment de faire des sacrifices démesurés à cause de la relation et une perception de déséquilibre dans sa vie, sans parvenir à y remédier. De son côté, l'orientation vers la perte est définie par le travail du deuil, l'intrusion du deuil et le déni ou l'évitement des changements vers la restauration. Il semble donc y avoir une place prépondérante et centrale de l'expérience de la perte vécue dans l'orientation vers la

perte, tout comme il y a dans le surengagement une énergie prépondérante et excessive, voire une persistance compulsive, dans les aspects entourant la relation conjugale. Ce parallèle entre les deux concepts amène à se questionner à savoir si des caractéristiques personnelles pourraient déterminer ou moduler la relation entre ces variables. À titre d'exemple, il est connu que les personnes qui ont un attachement préoccupé, c'est-à-dire caractérisé par une anxiété relationnelle, ont davantage tendance à mettre l'accent sur la perte (orientation vers la perte) et à être préoccupés par leur deuil en ruminant à propos de la personne décédée (Stroebe et al., 2005). Une étude a également montré un lien positif entre l'anxiété d'abandon, caractéristique d'un attachement préoccupé, et le niveau de surengagement global (Gasparetto, 2012). Il est alors possible de penser que des femmes qui présentent un attachement dit préoccupé ont davantage tendance à ruminer leurs émotions négatives, à mettre l'accent sur la perte (Burnette, Davis, Green, Worthington, & Bradfield, 2009; Winokuer & Harris, 2015) et à accorder une place prépondérante à leur relation de couple par peur d'être abandonnée par leur conjoint (Mikulincer & Shaver, 2007). Cette hypothèse gagnerait à être explorée dans le futur.

Outre cette similitude conceptuelle entre le surengagement et l'orientation vers la perte, d'autres hypothèses pourraient expliquer le lien entre ces variables. D'abord, il est possible de penser qu'une femme qui passe beaucoup de temps à penser à sa perte et à ressentir la douleur liée à celle-ci ait davantage le besoin de trouver du réconfort. Il serait donc naturel qu'elle se tourne vers son conjoint puisqu'il est reconnu que les femmes préfèrent obtenir du soutien de la part de leur conjoint avant de solliciter leur



entourage (Beutel et al., 1996; De Ville et al., 2013; Séjourné et al., 2008). Ainsi, la femme davantage orientée vers la perte pourrait privilégier le fait de passer beaucoup de temps avec son conjoint et ainsi négliger ses autres relations. D'autre part, le repli vers le cocon conjugal pourrait aussi traduire le sentiment de la femme que seul son conjoint peut véritablement comprendre son expérience. Il semble en effet souvent difficile pour les gens de l'entourage de faire preuve d'empathie et de soutien sensible lors d'une perte périnatale puisqu'ils ont rarement des expériences ou des connaissances à ce sujet (Bennett et al., 2005). Un surinvestissement dans la relation de couple pourrait alors être fait au détriment de la recherche de soutien à l'extérieur du couple.

Dans un autre ordre d'idée, la femme éprouvée par sa fausse couche et prise par la réalité de sa perte pourrait réévaluer ses priorités et choisir de mettre beaucoup d'énergie dans sa relation en raison d'un désir de « profiter » de sa vie avec son conjoint, qui est alors perçu comme la personne la plus importante à ses yeux (Gilbert, 1989). Elle pourrait donc faire le choix conscient d'investir son temps dans sa relation de couple en négligeant d'autres sphères de sa vie.

En somme, alors que la satisfaction face à l'adaptation dyadique du couple semble liée à l'engagement optimal, aucune des stratégies d'adaptation dyadique n'est liée au surengagement. Ce seraient plutôt des composantes personnelles ou propres à la situation de perte périnatale qui y seraient liées. Le surengagement témoigne d'un investissement excessif et compulsif : il est possible de penser que ce type d'engagement

soit enclenché non pas dans une optique d'obtenir un lien plus intime et satisfaisant avec son conjoint mais plutôt afin de fuir la réalité extérieure à la perte, en fonction de caractéristiques personnelles dans la manière de vivre le deuil ou de particularités liées aux circonstances de la perte périnatale. Dans une telle optique, une femme pourrait chercher à s'investir de façon compulsive dans sa relation peu importe sa satisfaction face à l'adaptation en couple et à la manière de réagir de son conjoint.

### **Adaptation et sous-engagement des femmes**

Conformément aux attentes, les résultats révèlent que l'utilisation des stratégies d'adaptation dyadique négatives est reliée positivement au sous-engagement. Les autres échelles d'adaptation dyadique (positives) y sont reliées négativement, à l'exception de l'échelle d'adaptation dyadique de soi pour laquelle aucune relation significative n'a été établie. Ainsi, lorsqu'une femme perçoit que sa façon de se comporter envers son partenaire et la façon dont son partenaire se comporte avec elle se caractérisent par beaucoup moins de soutien et d'empathie, elle manifeste un plus grand manque d'intérêt et d'énergie pour s'investir dans sa relation, une perte d'intérêt plus élevée envers sa relation de couple et un état d'envahissement plus élevé face aux difficultés vécues dans sa relation (*composantes du sous-engagement*). Au contraire, des comportements hostiles, ambivalents ou superficiels comme blâmer son partenaire, ne pas prendre au sérieux le stress de l'autre ou encore se retirer lorsque son partenaire exprime son stress (*stratégies d'adaptation dyadique négatives*) sont reliés à davantage de sous-engagement chez la femme vivant une perte par fausse couche. De façon complémentaire avec ce

résultat, moins la femme perçoit chez son partenaire l'utilisation de stratégies d'adaptation positives, moins elle perçoit d'efforts communs pour gérer le stress dans la relation et moins elle se dit satisfaite de leur adaptation en couple, plus elle présente un engagement déficitaire. Ces résultats sont cohérents avec des résultats antérieurs ayant révélé que le sous-engagement est relié à des degrés plus faibles de satisfaction conjugale (Brault-Labbé et al., 2017).

À la lumière de ces résultats, il semble plausible de penser que la femme peut être plus portée au sous-engagement dans sa relation de couple lorsqu'elle ne perçoit pas le soutien et l'implication souhaités de la part de son conjoint, et ce, particulièrement dans le contexte difficile de la perte d'un bébé. En effet, le soutien du partenaire joue un rôle capital lors d'un événement comme la fausse couche sur le bien-être psychologique de la femme (Beutel et al., 1996; Séjourné et al., 2008). Ainsi, moins le soutien de la part du conjoint serait perçu par la femme comme satisfaisant, plus la femme pourrait se sentir seule face à cette épreuve et tendre à se sous-engager dans sa relation. L'hypothèse selon laquelle la perception de comportements négatifs de la part du conjoint serait un prédicteur du sous-engagement de la femme gagnerait à être investiguée davantage dans de futures études.

De plus, ce type de situation, par exemple lorsque la femme tente de s'adapter à la perte du bébé en couple mais qu'elle reçoit peu de soutien ou de présence de la part de son partenaire, est d'ailleurs propice à des blessures d'attachement. Ces blessures

peuvent survenir lors d'événements critiques comme la perte d'un enfant lorsque la façon de répondre du partenaire amène le sentiment d'avoir été abandonné, trompé ou trahi (Lussier, Wright, & Sabourin, 2008). Il en résulte des traumatismes relationnels qui créent des dommages à la relation de couple, tels qu'une difficulté à se rapprocher de son partenaire (Lussier et al., 2008; Johnson, Makinen, & Millikin, 2001). Le sous-engagement pourrait ainsi être compris comme une façon de se protéger d'une blessure d'attachement vécue à un moment critique.

Fait intéressant, la perception des comportements du partenaire et l'évaluation de leur adaptation en tant que couple sont liées à la présence de sous-engagement chez la femme, mais la perception de ses propres comportements n'y est pas liée. En effet, l'adaptation individuelle de la femme et les comportements qu'elle dit émettre envers son partenaire (*stratégies d'adaptation dyadique de soi*) ne sont pas liés à son sous-engagement. Ce résultat peut porter à croire que le lien obtenu entre les stratégies d'adaptation négatives et le sous-engagement concerne davantage la perception des stratégies émises par le partenaire. À la suite de leur fausse couche, les femmes seraient alors sous-engagées lorsqu'elles ont le sentiment que leur stress n'est pas pris au sérieux par leur partenaire, lorsqu'elles se sentent blâmées de ne pas assez bien s'adapter à la perte ou encore lorsque leur partenaire se retire alors qu'elles vivent un événement difficile. Cette explication va dans le sens des conclusions de l'étude de Gilbert (1989) dans laquelle les parents ressentent un sentiment d'éloignement d'avec leur partenaire lorsqu'ils se sentent mal compris dans leur deuil et dans leurs besoins face à celui-ci.

L'absence de lien entre les propres stratégies d'adaptation de la femme et son sous-engagement pourrait aussi exprimer la tendance de la femme à davantage attribuer la responsabilité de son sous-engagement aux lacunes de son partenaire plutôt qu'à ses propres efforts pour faire équipe face à l'épreuve de la fausse couche. À cet égard, il pourrait être intéressant d'examiner les liens entre le style attributionnel de la personne, c'est-à-dire la façon dont la personne explique les causes des événements positifs et négatifs qui se produisent (Kelley, 1967, 1973), notamment par des facteurs internes ou externes à elle, et son expérience d'engagement conjugal.

En somme, alors que la perception de la qualité du sentiment d'union à travers la perte de l'enfant semble grandement liée à l'engagement optimal et que des composantes personnelles ou propres à la situation de perte périnatale semblent pour leur part reliées au surengagement, la perception d'une qualité moindre du soutien et de l'aide apportée par le partenaire face à la fausse couche semble plutôt liée au sous-engagement.

### **Adaptation et perception de changement du niveau d'engagement conjugal**

Les résultats obtenus concernant la perception de changement du niveau d'engagement conjugal des femmes rappellent ceux obtenus concernant l'engagement conjugal optimal en ce sens que le sentiment de faire équipe ensemble en tant que couple face à l'épreuve de la fausse couche semble particulièrement lié à la perception de

changement d'engagement. En effet, des scores plus élevés d'adaptation dyadique totale, de satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique et d'adaptation dyadique positive, du partenaire et commune, sont liés à la perception d'un niveau d'engagement conjugal augmenté à la suite de la fausse couche. Ainsi, plus la femme perçoit que son partenaire prend soin d'elle et de la relation (p. ex., en étant présent, à l'écoute, disponible pour analyser la situation et chercher des solutions ensemble) et plus elle se dit satisfaite de leur façon de gérer le stress ensemble, plus elle rapporte une perception d'augmentation de son engagement envers son partenaire. Ainsi, ces résultats suggèrent qu'en situation d'adversité de couple, la perception d'avoir fait équipe et d'avoir un partenaire présent peut favoriser un changement positif dans l'engagement conjugal de la femme.

Allant dans le même sens, une absence de lien entre les composantes individuelles de l'adaptation (*adaptation individuelle et adaptation dyadique de soi*) et la perception de changement de l'engagement conjugal suggère que la perception de changement de l'engagement conjugal est davantage liée aux composantes de la relation et du partenaire qu'aux comportements adoptés par la femme en réaction à la fausse couche. Ces résultats semblent appuyés par ce que proposent Levinger (1965, 1976) et Rusbult (1980), à savoir que certains facteurs positifs du partenaire et de la relation (sources d'attractions et niveau de satisfaction) inciteraient l'individu à maintenir sa relation. Dans la présente étude, les résultats portent à croire que l'aspect relationnel revêt une importance particulière dans la perception de l'amélioration de l'engagement conjugal de la femme.

### **Retombées de l'étude**

Plusieurs retombées possibles découlent de cette étude. Tout d'abord, sur le plan de l'avancement des connaissances scientifiques, les liens obtenus entre la satisfaction vis-à-vis l'adaptation dyadique, l'engagement optimal et le sous-engagement permettent d'amener un éclairage nouveau et plus précis en complémentarité à des résultats obtenus dans des études antérieures ayant utilisé le modèle multimodal d'engagement conjugal (QMEC; Brault-Labbé et al., 2017), notamment concernant les liens entre l'engagement conjugal et la satisfaction conjugale. En effet, le modèle multimodal d'engagement a déjà permis d'étudier les liens entre l'engagement conjugal et la satisfaction conjugale auprès d'adultes de la population générale, en recourant à un outil qui mesure le niveau de satisfaction conjugale globale (DAS-4; Sabourin et al., 2005). Dans la présente étude, la compréhension du lien entre les deux concepts est enrichie par le fait d'examiner, à l'aide d'un questionnaire sur l'adaptation dyadique (Bodenmann, 2008), une facette spécifique de la satisfaction conjugale, soit la satisfaction face à la manière de composer avec les situations stressantes en tant que couple. La présente étude a ainsi mis en lumière l'importance de la satisfaction du soutien émis par le partenaire et de la manière dont le stress est géré ensemble sur la manière de s'engager des femmes qui ont vécu un événement difficile, soit une fausse couche. Ainsi, le fait de se dire satisfaite, de percevoir du soutien de la part de son conjoint et de percevoir avoir fait équipe face à la perte sont tous associés à plus d'engagement optimal alors qu'au contraire, un sous-engagement plus élevé est remarqué lorsque la satisfaction, le soutien et le sentiment d'union suivant la fausse couche sont déficitaires. Ces résultats démontrent donc la place

cruciale de l'aspect dyadique de l'adaptation, ce qui n'avait jamais été mis en lien avec le modèle multimodal d'engagement conjugal auparavant. Ces nouveaux liens soutiennent la pertinence de poursuivre la recherche sur l'adaptation dyadique et l'engagement conjugal.

Alors que plusieurs études se sont penchées sur les stratégies d'adaptation utilisées en contexte de perte périnatale (McGreal et al., 1997; Peacock, 1998), aucune étude préalable à celle-ci n'a exploré l'adaptation à la perte périnatale en contexte de fausse couche en se basant sur la théorie du *Dual Process Model* (Stroebe & Schut, 1999). De plus, cette étude est la première à notre connaissance à mettre en relation l'adaptation individuelle mesurée à l'aide du *Dual Coping Inventory* (Meij et al., 2008) et l'engagement conjugal d'individus ayant vécu une fausse couche. L'exploration de ces variables a permis de suggérer, bien que ce lien soit à interpréter avec prudence, que l'adaptation individuelle face à la fausse couche est uniquement reliée au surengagement. Ainsi, plus une femme se replie dans son deuil, plus elle a tendance à porter un intérêt démesuré à sa relation de couple. La mise en relation de ces variables pave la voie à de nouvelles études qui permettraient d'accéder à une meilleure compréhension et explication de ce lien.

De plus, en évaluant la perception de changement de l'engagement conjugal des femmes dans un contexte de fausse couche, cette étude alimente la réflexion sur les différentes trajectoires d'engagement conjugal possibles. Il semble indéniable que



l'adaptation en tant que couple joue un rôle important dans la manière de s'engager mais également dans la manière dont la perception d'engagement évolue à travers le temps. Des études adoptant une perspective temporelle, avec des mesures répétées d'engagement, s'avèreraient d'autant plus pertinentes pour étayer les connaissances en ce sens.

Bien que la taille échantillonnale d'hommes recrutés fût insuffisante pour les inclure dans les analyses principales de cette étude, les données descriptives récoltées auprès des hommes incitent à la réalisation de plus amples études. Par exemple, à l'instar de ce que l'on observe chez les femmes, le constat d'une moyenne plus élevée de surengagement conjugal chez les hommes de la présente étude en comparaison avec les hommes de la population générale (échantillons d'études antérieures) pourrait témoigner de l'effet potentiellement important d'un événement comme une fausse couche sur l'expérience conjugale des hommes.

D'autre part, la faible présence de symptômes dépressifs chez les hommes ayant participé à l'étude amène à se questionner à savoir si une augmentation de ces symptômes serait perceptible si les participants étaient questionnés sur une plus longue période de temps suivant la perte. Cette logique suit celle d'études qui suggèrent que les hommes vivraient davantage leur détresse (p. ex., fatigue, irritabilité, sentiment de vide, remises en question) à partir du 24<sup>e</sup> mois suivant la perte de l'enfant (de Montigny, Verdon, Lord-Gauthier, & Gervais, 2017). Il semble que les hommes consacraient les

premiers temps qui suivent le décès à soutenir physiquement et psychologiquement leur conjointe et à prendre en charge la logistique du quotidien, laissant ainsi davantage de place à la détresse de leur conjointe qu'à la leur (de Montigny et al., 2017). L'utilisation de mesures répétées sur une plus longue période (minimale de deux ans selon les résultats discutés) apporterait donc un éclairage sur la trajectoire de la détresse des hommes ayant perdu un enfant par fausse couche.

Sur le plan des retombées cliniques, les résultats de cette étude s'avèrent un apport pertinent pour les professionnels œuvrant auprès de femmes ayant perdu un enfant par fausse couche, tant pour l'intervention individuelle qu'auprès de couples. D'abord, les résultats permettent d'entrevoir le rôle important des stratégies d'adaptation dyadique positives en tant que facteurs de protection face à l'événement de la perte chez la femme, puisque davantage de satisfaction face à l'adaptation conjugale dans le vécu lié à la perte périnatale est liée à un engagement optimal. Sur le plan de l'intervention psychologique auprès de couples vivant une telle perte, les cliniciens pourraient travailler simultanément l'engagement dans la relation et le recours à des stratégies d'adaptation dyadique positives. Au niveau de l'engagement, l'intervention pourrait notamment cibler la persévérance envers la relation malgré les obstacles rencontrés à travers l'épreuve du deuil, qui peuvent inclure la perte, le travail émotionnel que celle-ci engendre et l'adaptation à de nouveaux rôles et une nouvelle vie. Au niveau des stratégies d'adaptation, l'intervention pourrait cibler l'empathie mutuelle face au vécu de l'autre ou le fait de le soulager de certaines tâches. Concrètement, ce travail

thérapeutique se traduirait par l'importance de sensibiliser les partenaires à la manière dont la perception de comportements positifs chez le conjoint alimente le sentiment de la femme d'être soutenue et comprise, ainsi qu'à la manière dont cette perception positive de l'autre et la satisfaction qui en découle amènent, d'une part, un engagement plus optimal et, d'autre part, à recourir à des stratégies plus adaptées avec son partenaire ce qui, au final, favorise le processus de deuil à deux. Cette prise de conscience permettrait aux partenaires de comprendre les bénéfices tant pour leur couple que pour eux-mêmes individuellement de se montrer soutenant envers leur partenaire et de poursuivre leurs efforts dans la relation. De plus, le fait d'évaluer et de détecter des stratégies dyadiques négatives comme invalider l'autre ou le blâmer pourrait permettre d'intervenir rapidement sur ces stratégies inadaptées, qui favorisent davantage la solitude et l'éloignement dans un contexte où les conjoints sont particulièrement fragiles.

D'autre part, une certaine psychoéducation visant à expliquer aux partenaires les différentes stratégies d'adaptation dyadique positives qui favorisent la perception d'une augmentation de l'engagement pourrait à la fois sensibiliser, prévenir et, dans certains cas, rassurer les partenaires qui anticipent les répercussions de la fausse couche sur leur relation de couple. Les partenaires auraient alors des pistes d'actions concrètes à prendre afin de protéger leur couple d'écueils possibles en contexte d'adaptation à la perte périnatale. D'ailleurs, l'utilisation du modèle multimodal d'engagement pour évaluer l'engagement conjugal chez les clients qui vivent une perte par fausse couche pourrait constituer pour le clinicien un outil additionnel de dépistage de difficultés d'engagement

au sein du couple. Combinée à une connaissance des stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques et à une connaissance des liens existant entre ces variables, l'utilisation de cet outil pourrait aider le professionnel à mieux conceptualiser les difficultés d'un couple dans un contexte de perte périnatale et à guider les partenaires afin de solidifier leur relation, plutôt qu'à perdre de l'intérêt ou diminuer leur investissement dans la relation (sous-engagement).

Les résultats de cette étude apportent également un éclairage important pour le clinicien sur le processus d'adaptation individuel de la femme en deuil en lien avec son engagement conjugal. Puisque la stratégie d'adaptation orientée vers le deuil semble liée au surengagement chez la femme, le clinicien averti peut être davantage à l'affût si une cliente réagissant à la perte en étant davantage centrée sur les émotions douloureuses associées au deuil de son enfant met sa relation de couple au centre de sa vie au détriment des autres sphères. En sachant que la femme risque d'être plus encline à être centrée sur la perte que l'homme, qui tendrait davantage à se tourner vers l'avenir, le clinicien peut aussi refléter les différentes stratégies de gestion de la perte que chaque conjoint peut utiliser à différents moments, afin de normaliser le processus d'oscillation en période de deuil périnatal (Meij et al., 2008) et d'éviter que ces décalages contribuent à la détresse des partenaires (Bodenmann et al., 2011).

Le clinicien qui se base sur les résultats des analyses descriptives de cette étude peut ainsi normaliser non seulement la tendance des femmes à être centrées sur la perte

mais aussi la présence accrue et attendue de symptômes dépressifs chez certaines d'entre elles, en particulier au début du processus de deuil. Malgré que de tels symptômes soient attendus dans un contexte de perte périnatale puisqu'ils sont en grande partie similaires aux manifestations de deuil considérées normales, le clinicien se doit de ne pas négliger l'importance de monitorer ces symptômes sachant que le fait d'être une femme et d'avoir perdu un enfant sont des facteurs de risque au développement d'un deuil complexe et persistant (APA, 2013). Le professionnel œuvrant auprès des couples ayant vécu une perte par fausse couche peut aussi normaliser la tendance des conjointes et conjoints à surinvestir leur relation de couple (surengagement) en début de processus de deuil en raison de l'impression que seul leur partenaire peut les comprendre. Il peut par ailleurs les mettre en garde contre le maintien de ce déséquilibre de l'engagement à plus long terme, compte tenu de ses liens avec la détresse psychologique en général (Brault-Labbé et al., 2017), et avec le fait de se centrer sur la perte en contexte de perte périnatale.

### **Forces, limites et pistes de recherches futures**

#### **Forces**

Cette étude se démarque particulièrement par l'originalité des variables étudiées et par la spécificité de ses critères d'éligibilité. Tout d'abord, cette étude a permis d'explorer la relation entre une variable centrale du fonctionnement conjugal, l'engagement conjugal, et les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques en contexte de perte périnatale, ce qui n'avait jamais été réalisé dans les études recensées,

et encore moins à l'aide du modèle multimodal d'engagement conjugal (Brault-Labbé et al., 2017). La mise en relation de ces variables a permis de fournir un éclairage original sur certains aspects de l'expérience de la perte périnatale qui n'avaient pas été étudiés à ce jour. L'utilisation de ce modèle en comparaison à d'autres modèles d'engagement a permis de nuancer et de mieux comprendre l'expérience d'engagement chez des personnes, principalement des femmes, qui ont perdu un enfant par fausse couche.

Ensuite, le fait d'avoir établi des critères d'éligibilité relativement précis, tels une perte périnatale par fausse couche exclusivement et un délai maximal d'un an entre la fausse couche et la participation à l'étude, a permis d'apporter des données sur un échantillon plus homogène de personnes ayant vécu un avortement spontané, ce qui n'avait jamais été réalisé dans les études répertoriées à ce jour. En effet, la recension des études n'a pas fait ressortir de recherche qui ait évalué un seul type de perte périnatale dans un délai aussi restreint. Aborder le sujet sous l'angle spécifique de ce type de perte est important considérant que chaque type de perte périnatale peut comporter ses particularités (Fréchette-Piperni, 2005; McGreal et al., 1997). Le critère de temps apparaît quant à lui particulièrement pertinent afin d'assurer la fidélité du contenu de l'expérience rapportée par les participants et de limiter les biais de rappel.

Sur le plan des analyses statistiques, le fait d'avoir considéré et contrôlé certaines variables, notamment le temps écoulé depuis la fausse couche et les symptômes dépressifs, a permis de tenir compte de l'apport possible de ces facteurs importants dans

l'expérience vécue par les participantes, sans que cela n'échappe aux chercheurs dans l'examen des liens observés entre les variables à l'étude. Cela a permis d'augmenter la validité statistique des résultats et de montrer l'apport majeur des stratégies d'adaptation dyadique, au-delà de la durée du deuil et de la présence de symptômes dépressifs qui peuvent teinter la perception d'engagement conjugal.

### **Limites**

La faible taille de l'échantillon constitue cependant une importante limite, qui s'explique toutefois par un recrutement des participants qui s'est avéré particulièrement laborieux. Bien que constituant à certains égards une force de l'étude, le choix de critères d'éligibilité plutôt étroits (perte par fausse couche exclusivement, ayant eu lieu au cours de la dernière année) a fait en sorte qu'il était plus difficile de trouver des participants correspondant aux critères choisis. En outre, le fait que la participation à l'étude avait lieu alors que la perte était relativement récente et que le deuil était pour certains participants encore bien actif a pu faire en sorte que certaines personnes préfèrent éviter la participation à l'étude de façon à ne pas se plonger dans la douleur de la perte. De cette façon, les critères du temps écoulé depuis la fausse couche et le type de perte périnatale ont pu être des obstacles au recrutement, ce que les études précédentes avaient probablement évité en choisissant des critères plus large. Dans la présente étude doctorale, la faible taille de l'échantillon a pu augmenter l'erreur de type II, soit le fait de ne pas obtenir de liens significatifs par manque de puissance statistique alors qu'un lien est présent dans la réalité.

Le choix initial de recruter des couples a probablement aussi joué un rôle important dans la difficulté de recrutement. En effet, il est reconnu que les études qui retiennent le couple comme unité d'analyse rendent plus difficiles le recrutement de vastes échantillons représentatifs offrant la possibilité de généraliser les résultats (Lussier, Bélanger, & Sabourin, 2017). Dans la présente étude, seuls 10 hommes ont manifesté un intérêt face à la présente étude comparativement à 69 femmes (nombre initial avant le retrait des participants ne respectant pas les critères d'éligibilité). Ce ratio de participation hommes-femmes n'est pas surprenant puisque Hill, Rubin, Peplau et Willard (1979) mentionnaient déjà il y a fort longtemps que les femmes sont généralement plus susceptibles de participer aux recherches que les hommes. Dans le contexte de cette recherche, il est possible de penser que les femmes se sentaient davantage interpellées par le sujet à l'étude. De plus, tel que bien établi dans la documentation scientifique sur le deuil, les femmes manifestent davantage le désir de parler de leur vécu (Meij et al., 2008). Il est aussi possible de croire que les hommes ont participé à l'étude sous l'incitation de leur partenaire puisqu'il est constaté que pour 9 des 10 hommes qui ont participé, leur partenaire avait également répondu aux questionnaires (ce qui n'est pas le cas pour les femmes).

Comme autre limite à la généralisation des résultats, il est possible d'envisager que les hommes qui sont sous-engagés dans leur relation aient pu percevoir le temps et l'énergie que requiert la participation à l'étude comme étant trop exigeants, tout comme



les hommes qui ont recours à des stratégies d'adaptation en couple négatives comme de blâmer sa partenaire ou d'invalidiser ses sentiments pourraient être moins enclins à se présenter sous cet œil dans une étude. Qui plus est, le peu d'hommes recrutés dans l'étude a aussi empêché l'utilisation dans les analyses principales des données des hommes pour les comparer à celles des femmes. La difficulté de recruter des hommes a également fait en sorte qu'il n'était pas possible d'effectuer des analyses dyadiques permettant d'évaluer l'influence mutuelle des partenaires à l'aide du modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM; Kenny et al., 2006).

L'utilisation d'un plan de recherche corrélationnel transversal limite aussi les conclusions qui peuvent être tirées en matière de causalité, permettant uniquement de conclure à la présence de liens bidirectionnels entre les variables à l'étude. Ainsi, il s'avère impossible d'établir la séquence temporelle dans les liens unissant les variables. En l'absence de mesures préalables à la fausse-couche, il n'est pas possible de savoir si un meilleur engagement optimal prédispose les couples à mieux s'adapter à la perte de façon dyadique ou si c'est l'adaptation dyadique qui favorise l'engagement optimal. Il n'est pas non plus possible d'observer les trajectoires d'adaptation à la perte vécue par les parents endeuillés en l'absence de mesures de suivi.

Finalement, certaines caractéristiques de l'utilisation unique de questionnaires ont pu induire d'autres limites à cette étude. D'une part, il est possible que la longueur de celui-ci ait découragé certaines personnes d'y répondre en entier, augmentant le taux

d'abandon en cours de passation. D'autre part, l'utilisation unique de questionnaires peut avoir entraîné des biais de réponses liés au manque d'introspection ou à la désirabilité sociale. Par ailleurs, il est possible que l'ordre des instruments de mesure ait influencé la façon de répondre des participants. Par exemple, le fait que les stratégies d'adaptation dyadique étaient mesurées avant l'engagement conjugal a pu amener une prise de conscience du sentiment d'être ou non ensemble face au deuil et ainsi teinter la perception de l'engagement conjugal chez les participants. Un autre aspect qui n'a pas été pris en compte est l'influence possible du délai entre l'avortement et la passation du questionnaire sur les résultats obtenus. Il est possible de penser qu'un délai trop court depuis l'événement peut influencer la prise de conscience de l'individu des stratégies d'adaptation qu'il utilise et de son engagement dans la relation compte tenu qu'il pourrait être en état de choc ou en déni de la situation. L'utilisation d'un critère de durée minimale entre la passation du questionnaire et la fausse couche aurait pu être pertinente. Dans le même esprit, au-delà des symptômes dépressifs mesurés au moyen du BDI (mesure non spécifique au contexte de deuil), il aurait pu être souhaitable de contrôler le degré de réaction de deuil des participants au regard de la perte vécue. Cela aurait pu apporter dans les résultats obtenus des nuances additionnelles et plus spécifiques au contexte de perte périnatale. De plus, alors qu'il était demandé aux participants d'évaluer la perception de changement de leur niveau d'engagement à la suite de la fausse couche, la définition de la notion d'engagement conjugal n'était pas présentée. Les participants répondaient donc en fonction de leur compréhension de la notion d'engagement et non en fonction d'une définition commune de celle-ci, ce qui a

pu biaiser les résultats à cette question. Une autre limite réside dans le fait que la perception de changement du niveau d'engagement n'était évaluée qu'à l'aide d'un seul item. Certains éléments, réalisés à posteriori, gagneraient donc à être corrigés dans des études futures. Par exemple, une formulation de la définition de l'engagement pourrait être présentée aux participants et deux versions du questionnaire qui seraient plus brèves et qui auraient chacune un ordre distinct des échelles de mesures à compléter pourraient être utilisées.

### **Piste de recherches futures**

Lors de futures recherches, puisque la présente étude n'a pas pu évaluer l'influence mutuelle des conjoints sur leur expérience de fausse couche à l'aide du modèle APIM (Kenny et al., 2006) faute d'un échantillon de couples suffisant, il serait nécessaire de recruter un plus vaste échantillon de couples afin de se pencher sur cette possible relation d'interdépendance entre les conjoints afin d'en savoir plus sur les effets de type partenaire. Il serait plus que pertinent d'évaluer comment les variables d'engagement conjugal et d'adaptation se comportent pour le couple et en particulier pour l'homme puisqu'il a été montré à l'aide d'une analyse dyadique (APIM) que le processus d'ajustement personnel de l'homme sur le plan de la dépression et du deuil est relié non seulement à ses propres stratégies d'adaptation mais également à celles de sa conjointe (Meij et al., 2008). L'accès à l'expérience des hommes qui vivent une perte périnatale par fausse couche permettrait à toutes les personnes impliquées dans la situation (les hommes eux-mêmes, les conjointes, les intervenants) d'en avoir une

compréhension enrichie, tout comme une meilleure connaissance de la dynamique conjugale contribuerait à améliorer l'intervention auprès des couples.

Puisqu'il est maintenant connu qu'il existe une relation entre l'engagement conjugal de la femme et les variables d'adaptation individuelle et dyadique, il serait intéressant que de futures recherches tentent de mieux établir la séquence temporelle des liens entre ces variables. Par exemple, une étude longitudinale qui mesurerait l'engagement conjugal à différents moments de la grossesse, en commençant dès l'annonce de la grossesse, permettrait d'évaluer l'impact de la perte et des stratégies d'adaptation utilisées en réaction à cette perte sur l'engagement conjugal des individus. L'une des hypothèses soulevées par les résultats de cette étude, à savoir si la perception de comportements négatifs de la part du conjoint serait un prédicteur du sous-engagement de la femme, gagnerait à être investiguée en évaluant par exemple le potentiel de blessure d'attachement que ces comportements peuvent induire.

De plus, des recherches futures pourraient examiner le rôle de certaines caractéristiques personnelles qui pourraient moduler la relation entre l'engagement conjugal et les stratégies d'adaptation. Par exemple, il serait possible d'accéder à une meilleure compréhension des liens soulevés dans cette recherche entre le surengagement et l'orientation vers la perte en étudiant l'effet des dimensions de l'attachement sur ces variables, puisqu'il est connu que l'engagement conjugal est relié aux deux dimensions de l'attachement, soit l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité (Gasparetto,

2012). L'ajout d'une mesure des stratégies individuelles plus élaborée comme le *Coping Scale for Adults* (Frydenberg & Lewis, 1995) pourrait également permettre une connaissance plus approfondie des stratégies individuelles utilisées. Par ailleurs, le recours à d'autres types de mesures, comme les observations des interactions du couple ou les journaux quotidiens à compléter sur une base régulière, pourrait limiter les biais de rappel, de désirabilité sociale ou d'introspection qu'entraînent les questionnaires.

Enfin, reproduire cette étude à l'aide d'un plus grand échantillon permettrait de répondre à plusieurs lacunes, dont celles touchant à la généralisation des résultats. Cela permettrait notamment de déterminer si certaines associations, par exemple entre l'adaptation individuelle de la femme et son surengagement, sont effectivement présentes lorsque la puissance statistique est suffisante. De plus, la reproduction de cette étude avec un plus vaste échantillon d'hommes et de femmes permettrait également de vérifier statistiquement la présence de différences significatives entre les hommes et les femmes, notamment au niveau du surengagement tel que le suggèrent les résultats descriptifs de cette étude. Il serait également souhaitable d'évaluer les symptômes de deuil périnatal à l'aide d'une échelle spécifiquement prévue à cette fin. Il est possible que l'utilisation de critères moins restrictifs (temps écoulé depuis la fausse couche et type de perte périnatale) facilite le recrutement des participants, bien que cela augmenterait l'hétérogénéité de l'échantillon. Il pourrait aussi être envisagé de proposer aux répondants une compensation pour favoriser la participation.

## **Conclusion**

En conclusion, cette étude a permis de décrire l'expérience d'hommes et de femmes ayant vécu une perte périnatale par fausse couche et d'examiner les liens entre les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques et l'engagement conjugal chez les femmes de cet échantillon. Les résultats montrent qu'il existe, pour les femmes ayant perdu un enfant par fausse couche, des liens entre les stratégies d'adaptation individuelles et dyadiques utilisées pour faire face à l'événement et leur engagement conjugal. D'abord, l'adoption de stratégies d'adaptation dyadique positives par la femme et son conjoint et la satisfaction de la femme envers l'adaptation en tant que couple sont reliées à l'engagement optimal chez la femme. À l'opposé, l'adoption de stratégies d'adaptation dyadique négatives par les partenaires est liée à une tendance au sous-engagement chez la femme. Pour sa part, l'utilisation de la stratégie individuelle d'orientation vers la perte chez la femme serait, dans une plus faible mesure, reliée au surengagement conjugal de la femme, au détriment de ses autres sphères de vie. Enfin, il semble que la perception d'une augmentation de l'engagement conjugal de la femme est expliquée par le recours aux stratégies d'adaptation dyadique positives. Il se dégage de ces résultats que l'engagement optimal chez la femme est grandement lié à la perception de la qualité du sentiment d'union à travers la perte de l'enfant alors que le sous-engagement est plutôt lié à la perception d'une qualité moindre du soutien et de l'aide apportés par le partenaire dans le contexte difficile de la fausse couche. Pour sa part, le

surengagement ne semble pas reposer sur la façon dont la femme a perçu s'adapter en couple mais plutôt sur une tendance à demeurer centrée sur la perte de l'enfant.

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances théoriques et cliniques à plusieurs points de vue. Elle se distingue particulièrement des autres études dans le domaine de la périnatalité par les choix de documenter exclusivement l'expérience de perte périnatale par fausse couche et de recourir à des critères d'éligibilité bien précis (p. ex., temps écoulé depuis la fausse couche). De plus, elle met en relation les trois modes d'engagement du modèle multimodal d'engagement (QMEC; Brault-Labbé et al., 2017) et plusieurs échelles d'adaptation dyadique perçues par les femmes qui ont perdu un enfant par perte périnatale, ce qui n'avait encore jamais été fait. Cette nouveauté permet par ailleurs d'identifier des liens entre la satisfaction du soutien émis par le partenaire et la manière dont le stress est géré ensemble et la manière de s'engager des femmes qui ont vécu une fausse couche.

Considérant que la perte par fausse couche constitue non seulement la complication de grossesse la plus fréquente, touchant environ le quart des grossesses et ayant des effets souvent méconnus ou peu compris, mais qu'elle est également susceptible d'amener divers impacts substantiels pour l'individu autant que pour le couple tel que le révèlent les résultats de l'étude, cette étude doctorale constitue un apport important pour les intervenants œuvrant dans le domaine de la périnatalité. En effet, ses conclusions permettent aux professionnels de la santé de mieux comprendre les



bénéfices d'évaluer l'adaptation dyadique, plutôt que seulement individuelle et l'engagement conjugal des femmes et de leur conjoint afin d'apporter une aide plus ajustée à leurs besoins.

Malgré les contraintes méthodologiques et les limites de la présente étude doctorale, notamment la faible taille de l'échantillon, le peu d'hommes recrutés, l'utilisation d'un plan de recherche limitant la possibilité de conclure à des liens de causalité ainsi que le recours à des critères d'éligibilité étroits et l'utilisation unique de questionnaires, celle-ci pave la voie à de futures recherches vers une meilleure compréhension du fonctionnement conjugal lors d'une expérience de fausse couche, plus particulièrement sur le plan de l'engagement conjugal. En effet, des études visant une meilleure compréhension du vécu des hommes, de la dynamique conjugale et de la trajectoire longitudinale de l'engagement conjugal auprès de plus vastes échantillons permettraient d'obtenir des résultats généralisables afin de mener au développement d'interventions plus ajustées à la réalité des personnes et couples qui vivent une fausse couche. Ces études pourraient permettre de répondre à d'autres questions qui émergent de la présente thèse. Par exemple, comment évolue le surengagement à travers le temps lors d'une perte périnatale et son maintien est-il significativement lié à l'orientation vers la perte? Des stratégies d'adaptation dyadique négatives peuvent-elles amplifier la détresse psychologique et constituer une blessure d'attachement au sein de couple qui mène au sous-engagement dans le contexte d'adversité de la perte d'un enfant? Bref, plusieurs questions demeurent à clarifier au terme de cette thèse doctorale, appuyant la

pertinence de poursuivre le développement des connaissances dans le domaine de la perte périnatale.

## Références

- Adams, J. M., & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1177-1196.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Agnew, C. R., Van Lange, P. A., Rusbult, C. E., & Langston, C. A. (1998). Cognitive interdependence: Commitment and the mental representation of close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 939-954.
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29, 668-673.
- Barbarin, O. A., Hughes, D., & Chesler, M. A. (1985). Stress, coping, and marital functioning among parents of children with cancer. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 473-480.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual (2<sup>e</sup> éd.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *BDI II. Inventaire de dépression de Beck, Manuel, 2<sup>e</sup> éd., version française*. Paris, France : Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 180-187.
- Berg, C. A., Meegan, S. P., & Deviney, F. P. (1998). A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 239-261.
- Bergstraesser, E., Inglin, S., Hornung, R., & Landolt, M. A. (2015). Dyadic coping of parents after the death of a child. *Death Studies*, 39(3), 128-138.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 245-253.

- Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 34-49.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping- a systematic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47, 137-140.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. Dans T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Éds), *Couples coping with stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping* (pp. 33-49). Washington, DC: APA.
- Bodenmann, G. (2008). Dyadic coping and the significance of this concept for prevention and therapy. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 108-111.
- Bodenmann, G., Meuwly, N., & Kayser, K. (2011). Two conceptualizations of dyadic coping and their potential for predicting relationship quality and individual well-being: A comparison. *European Psychologist*, 16, 255-266.
- Bonanno, G. A. (2009). The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss. New York, NY: Basic Books.
- Bonanno, G. A., & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 798-816.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bourgeois, M. L. (2013). Le deuil aujourd'hui. Introduction. *Annales médico-psychologiques*, 171(3), 155-157.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Brault-Labbé, A. (2011). Perspective humaniste. Dans J. Descôteaux & A. Brault-Labbé (Éds), *Motivation et émotion : fonctionnement individuel et interpersonnel* (pp. 245-289). Montréal, QC : CEC.
- Brault-Labbé, A., Brassard, A., & Gasparetto, C. A. (2017). Un nouveau modèle d'engagement conjugal : validation du Questionnaire multimodal d'engagement conjugal. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 49, 231-242.
- Brault-Labbé, A., & Dubé, L. (2008). Engagement, surengagement et sous-engagement académiques au collégial : pour mieux comprendre le bien-être des étudiants. *Revue des sciences de l'éducation*, 34, 729-751.

- Brault-Labbé, A., & Dubé, L. (2009). Mieux comprendre l'engagement psychologique : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1, 115-131.
- Brault-Labbé, A., & Dubé, L. (2010). Engagement scolaire, bien-être personnel et autodétermination chez des étudiants à l'université. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 42, 80-92.
- Brickman, P. (1987). *Commitment, conflict and caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451-464.
- Brillon, P. (2012). *Quand la mort est traumatique: passer du choc à la sérénité*. Montréal, QC : Éditions Québecor.
- Burnette, J. L., Davis, D. E., Green, J. D., Worthington, E. L., & Bradfield, E. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 46, 276-280.
- Cacciatore, J., Lacasse, J. R., Lietz, C. A., & McPherson, J. (2013). A parent's tears: Primary results from the traumatic experiences and resiliency study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 68, 183-205.
- Canario, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 262-275.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chan, A. (2011). *Le portail d'information prénatale : Décès et deuil périnatal*. Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/deces-et-deuil-perinatal?skin=fichecomplete>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coyne, J. C., & Smith, D. A. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412.

- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- DeLongis, A., & O'Brien, T. (1990). An interpersonal framework for stress and coping: An application to the families of Alzheimer's patients. Dans M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, & D. L. Tennenbaum (Éds), *Stress and coping in later-life families* (pp. 221-239). New York: Hemisphere.
- de Montigny, F., Verdon, C., Lord-Gauthier, J., & Gervais, C. (2017). Décès périnatal: le deuil des pères. Montréal (Québec); Éditions du CHU Sainte-Justine, le centre hospitalier universitaire mère-enfant.
- De Ville, E., O'Reilly, A., & Callahan, S. (2013). Le rôle du conjoint dans les stratégies de coping mises en place chez les femmes lors d'une fausse couche. *Psychologie française*, 58, 41-51.
- DiMarco, M., Renker, P., Medas, J., Bertosa, H., & Goranitis, J. L. (2002). Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 180-186.
- Etcheverry, P. E., Le, B., & Charania, M. R. (2008). Perceived versus reported social referent approval and romantic relationship commitment and persistence. *Personal Relationships*, 15, 281-295.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Fauré, D. C. (2012). *Vivre le deuil au jour le jour: la perte d'une personne proche*. Paris, France : Albin Michel.
- Fenstermacher, K., & Hupcey, J. E. (2013). Perinatal bereavement: A principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2389-2400.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

- Franché, R. L. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 597-602.
- Fréchette-Piperni, S. (2005). *Les rêves envolés : Traverser le deuil d'un tout petit bébé*. Boucherville, QC : Éditions de Mortagne.
- Freud, S. (1917). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, volume XIV (1914-1916): On the history of the psycho-analytic movement, papers on metapsychology and other works*.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *The Adolescent Coping Scale Manual*. Melbourne, Australie: Australian Council for Educational Research.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1995). *Adult Coping Scale: Administrators Manual*. Melbourne, Australie: Australian Council for Educational Research.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997, Mars). *Coping with stresses and concerns during adolescence: A longitudinal study*. Communication au Annual meeting of the American Educational Research Association Conference, Chicago, IL.
- Gasparetto, C. A. (2012). *Liens entre l'engagement conjugal, l'attachement amoureux et la jalousie chez les adultes de la population générale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, QC, Canada.
- Gilbert, K. (1989). Interactive grief and coping in the marital dyad. *Death Studies*, 13, 605-626.
- Glick, I. D., Weiss, R. S., & Parkes, C. M. (1974). *The first year of bereavement*. Oxford, Angleterre: John Wiley.
- Gold, K. J., Sen, A., & Hayward, R. A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, 125(5), e1202-e1207.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)* [Questionnaire for assessing relationship quality]. Göttingen, Allemagne: Hogrefe.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.



- Hill, C. T., Rubin, Z., Peplau, L. A., & Willard, S. G. (1979). The volunteer couple: Sex differences, couple commitment, and participation in research on interpersonal relationships. *Social Psychology Quarterly*, 42, 415-420.
- Holmes, J. G. (2004). The benefits of abstract functional analysis in theory construction: The case of interdependence theory. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 146-155.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*, 37, 241-249.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death studies*, 24, 185-199.
- Jalowiec, A. (2003). Jalowiec Coping Scale. Dans O. L. Strickland & C. Dilorio (Éds), *Measurement of nursing outcomes: Volume 3: Self care and coping* (2<sup>e</sup> éd., pp. 71-87). New York: Springer.
- Jodoin, M. (2000). *Engagement et surengagement au travail : composantes psychologiques, antécédents potentiels et association avec le bien-être personnel* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC, Canada.
- Johnson, M. P. (1973). Commitment: A conceptual structure and empirical application. *Social Quarterly*, 14, 395-406.
- Johnson, M. P. (1991). Commitment to personal relationships. Dans W. H. Jones & D. W. Perlman (Éds), *Advances in personal relationships* (Vol. 3, pp. 117-143). London: Jessica Kingsley.
- Johnson, M. P. (1999). Personal, moral, and structural commitment to relationships: Experiences of choice and constraint. Dans J. M. Adams & W. H. Jones (Éds), *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability* (pp. 73-87). New York: Plenum.
- Johnson, M. P., Caughlin, J. P., & Huston, T. L. (1999). The tripartite nature of marital commitment: Personal, moral, and structural reasons to stay married. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 160-177.

- Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145-155.
- Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25, 404-418.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: The Guilford Press.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107-128.
- Kelley, H. H. (1983). Love and commitment. Dans H. H. Kelley, E. Berscheid, A. Christensen, J. H. Harvey, T. L. Huston, G. Levinger, E. McClintock, L. A. Peplau, & D. R. Peterson (Éds), *Close relationships* (pp. 265-314). New York: Freeman.
- Kelley, H. H., & Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 187-194.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds). (1996). *Continuing bonds: New Understandings of Grief*. New York: Routledge.
- Kong, G. W., Lok, I. H., Lam, P. M., Yip, A. S., & Chung, T. K. (2010). Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50, 562-567.
- Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 425-433.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving*. New York: Scribner.

- Lafontaine, M.-F. (2008). *Traduction francophone du Dyadic Coping Inventory*. Manuscrit inédit, Université d'Ottawa, Ontario, Canada.
- Lang, A., & Carr, T. (2013). Bereavement in the face of perinatal loss: A hardiness perspective. Dans D. S. Becvar (Éd), *Handbook of Family Resilience* (pp. 299-319). New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Dans W. D. Gentry (Éd.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., Gagliardi, S., Charvoz, L., Verardi, S., Rossier, J., ... & Iafrate, R. (2010). Psychometrics of the Dyadic Coping Inventory in three language groups. *Swiss Journal of Psychology*, 69, 201-212.
- Lee, S. A. (2015). The Persistent Complex Bereavement Inventory: A measure based on the DSM-5. *Death Studies*, 39, 399-410.
- Levinger, G. (1965). Marital cohesiveness and dissolution: An integrative review. *Journal of Marriage and the Family*, 27, 19-28.
- Levinger, G. (1976). A social psychological perspective on marital dissolution. *Journal of Social Issues*, 32, 21-47.
- Levinger, G. (1979). A social exchange view on the dissolution of pair relationships. Dans R. L. Burgess & T. L. Huston (Éds), *Social exchange in developing relationships* (pp. 169-193). New York: Academic Press.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lussier, Y., Bélanger, C., & Sabourin, S. (2017). *Les fondements de la psychologie du couple*. Québec, QC : PUQ.
- Lussier, Y., Wright, J., & Sabourin, S. (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Boucherville, QC : PUQ.
- Lydon, J. E., & Zanna, M. P. (1990). Commitment in the face of adversity: A value-affirmation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1040-1047.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15, 266-275.

- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality, 77*, 1805-1832.
- Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry--women do: Transcending gender stereotypes of grief*. New York: Routledge.
- McGreal, D., Evans, B. J., & Burrows, G.D. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: A pilot study. *Stress Medicine, 13*, 159-165.
- Meij, L. W. D., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Bout, J., Heijden, P. G., & Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 31-42.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Morin, A., & Brault-Labbé, A. (2014). Vers une conceptualisation intégrée de l'engagement professionnel : clarifications théoriques et présentation d'un modèle multimodal. *Revue québécoise de psychologie, 35*(1), 3-22.
- Morin, A., Brault-Labbé, A., & Brassard, A. (2013). Conceptualisation multimodale de l'engagement professionnel et associations avec le bien-être chez des enseignants du primaire. *Revue des sciences de l'éducation, 39*, 571-595.
- Morin, A., Brault-Labbé, A., & Savaria, M. (2011, mars). *Validation du Questionnaire multimodal d'engagement professionnel (QMEP) chez des enseignants du primaire*. Communication présentée au 33<sup>e</sup> Congrès annuel de la société québécoise pour la recherche en psychologie, Québec, Canada.
- Mormont, C. (2009). Deuil et traumatisme. *Revue francophone stress et trauma, 9*, 218-223.
- Murray, J., & Callan, V. J. (1988). Predicting adjustment to perinatal death. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 61*, 237-244.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: Actor and partner effects of coping strategies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*, 257-273.
- Pakenham, K. I. (1998). Couple coping and adjustment to multiple sclerosis in care receiver-carer dyads. *Family Relations, 47*, 269-277.

- Papp, L. M., & Witt, N. L. (2010). Romantic partners' individual coping strategies and dyadic coping: Implications for relationship functioning. *Journal of Family Psychology*, 24, 551-559.
- Parkes, C. M. (1998). Bereavement in adult life. *British Medical Journal*, 316(7134), 856-859.
- Peacock, L. M. (1998). *Parental grief responses to perinatal loss* (Thèse de maîtrise inédite). Grand Valley State University, Michigan.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Bonanno, G. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59, 65-79.
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M., & Steele, R. (2012). A call to the field: Complicated grief in the DSM-5. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 65, 251-255.
- Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 122-130.
- Rubin, S. (1981). A two-track model of bereavement: Theory and application in research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 101-109.
- Rubin, S. S. (1999). The two-track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*, 23, 681-714.
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 172-186.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101-117.
- Rusbult, C. E., Coolsen, M. K., Kirchner, J. L., & Clarke, J. A. (2006). Commitment. Dans A. L. Vangelisti & D. Perlman (Éds), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 615-635). New York: Cambridge University Press.

- Rusbult, C. E., Johnson, D. J., & Morrow, G. D. (1986). Predicting satisfaction and commitment in adult romantic involvements: An assessment of the generalizability of the investment model. *Social Psychology Quarterly*, 49, 81-89.
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5, 357-387.
- Rusbult, C. E., Verette, J., Whitney, G. A., Slovik, L. F., & Lipkus, I. (1991). Accommodation processes in close relationships: Theory and preliminary empirical evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 53-78.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale using a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17, 15-27.
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2008). L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 37, 435-440.
- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 585-594.
- Shreffler, K. M., Hill, P. W., & Cacciatore, J. (2012). Exploring the increased odds of divorce following miscarriage or stillbirth. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53, 91-107.
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis & Care Research*, 63, S454-S466.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love: Intimacy, passion, commitment*. New York: Basic Books.
- Sternberg, R. J. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Social Psychology*, 27, 313-335.

- Stirtzinger, R. M., Robinson, G. E., Stewart, D. E., & Ralevski, E. (1999). Parameters of grieving in spontaneous abortion. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 235-249.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61, 273-289.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper & Row.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30, 662-680.
- Van den Akker, O. B. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, 6, 295-304.
- Van Lange, P. A., Rusbult, C. E., Drigotas, S. M., Arriaga, X. B., Witcher, B. S., & Cox, C. L. (1997). Willingness to sacrifice in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1373-1395.
- Weigel, D. J., & Ballard-Reisch, D. S. (2014). Constructing commitment in intimate relationships: Mapping interdependence in the everyday expressions of commitment. *Communication Research*, 41, 311-332.
- Wieselquist, J., Rusbult, C. E., Foster, C. A., & Agnew, C. R. (1999). Commitment, pro-relationship behavior, and trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 942-966.
- Wing, D. G., Burge-Callaway, K., Rose Clance, P., & Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications of or treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 60-73.
- Winokuer, H. R., & Harris, D. (2015). *Principles and practice of grief counseling*. New York: Springer.

- Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-355.



## **Appendice A**

Affiche pour les milieux publics de la santé et les groupes de soutien

# TRAVERSER LE DEUIL PÉRINATAL

## EN COUPLE

*Si vous cohabitez avec votre partenaire, vous êtes âgés de 18 ans et plus et vous avez vécu une fausse couche au cours de la dernière année :*

*Ce message a pour but de solliciter votre participation à une recherche qui s'intéresse à mieux comprendre **les différentes répercussions possibles d'une fausse couche dans le quotidien de la vie de couple.***

*Votre contribution à cette recherche par le biais de votre expérience serait précieuse puisqu'elle permettrait de mieux informer et aider les couples qui vivent un tel événement.*

*La participation à cette recherche est totalement volontaire et anonyme. Elle implique, pour votre partenaire et vous-même, de répondre individuellement à un questionnaire d'environ 30 à 45 minutes. La participation des deux conjoints est nécessaire pour que les réponses soient utilisables. Vous trouverez davantage d'informations relatives à la recherche ainsi que les questionnaires au lien internet suivant : <https://fr.surveymonkey.com/r/etudeperinatalcouple>*

*Vous pouvez parler de cette étude à vos proches et amis qui peuvent avoir également vécu cette situation. Sachez qu'en complétant ce questionnaire ou en proposant à votre entourage touché par la perte d'un enfant par fausse couche de le faire, votre aide sera grandement appréciée!*

Projet de recherche approuvé par le CÉR des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke
---

*En vous remerciant à l'avance,*

*Franke Huot-Laurendeau*

*Doctorante en psychologie- Université de Sherbrooke*

*Téléphone : \*\*\*\_\*\*\*\_\*\*\*\**

*Courriel : [f.huot@usherbrooke.ca](mailto:f.huot@usherbrooke.ca)*

**Recherche sous la direction des chercheuses Anne Brault-Labbé, Ph. D., et Audrey Brassard, Ph. D.**

## **Appendice B**

Courriel de recrutement

Bonjour à tous et à toutes!

Je vous écris dans le but de solliciter votre aide pour la réalisation de ma thèse doctorale qui vise à **mieux comprendre les différentes répercussions possibles d'une fausse couche dans le quotidien de la vie de couple**. Je suis à la recherche de couples qui seraient intéressés à compléter des questionnaires en ligne à ce sujet. Je vous invite à prendre connaissance de l'information sur la recherche ainsi qu'à la faire circuler au sein de votre réseau à toute personne susceptible d'être intéressée.

Voici les informations sur la recherche :

*Si vous cohabitez avec votre partenaire, vous êtes âgés de 18 ans et plus et vous avez vécu une fausse couche au cours de la dernière année, ce message a pour but de solliciter votre participation à une recherche qui s'intéresse à mieux comprendre **les différentes répercussions possibles d'une fausse couche dans le quotidien de la vie de couple**. Votre contribution à cette étude par le biais de votre expérience serait précieuse puisqu'elle permettrait de mieux informer et aider les couples qui vivent un tel événement.*

*La participation à cette recherche est totalement volontaire et anonyme. Elle implique, pour votre partenaire et vous-même, de répondre à un questionnaire d'environ 30 à 45 minutes. La participation des deux conjoints est nécessaire pour que les réponses soient utilisables. Vous trouverez davantage d'informations relatives à la recherche ainsi que les questionnaires au lien internet suivant : <https://fr.surveymonkey.com/r/etudeperinatalcouple>*

*Vous pouvez parler de cette étude à vos proches et amis qui peuvent avoir également vécu cette situation. Sachez qu'en complétant ce questionnaire ou en proposant à votre entourage touché par la perte d'un enfant par fausse couche de le faire, votre aide sera grandement appréciée!*

*En vous remerciant à l'avance,*

*Franke Huot-Laurendeau*

*Doctorante en psychologie- Université de Sherbrooke*

*Téléphone : \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\**

*Courriel : [f.huot@usherbrooke.ca](mailto:f.huot@usherbrooke.ca)*

## **Appendice C**

### Questionnaire sociodémographique

## QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Veuillez inscrire votre code d'identification afin que nous puissions apparier vos données à celles de votre conjoint(e). Ce code doit être composé de la première lettre du prénom du partenaire féminin, suivie de la première lettre du prénom du partenaire masculin, puis du numéro de l'adresse de votre résidence principale et, finalement d'un « F » si le participant est une femme et d'un « H » s'il est un homme (p.ex., Julie Lavoie, habitant au 967 rue Wellington avec son conjoint Pierre Lavoie, inscrirait « JP976F »; exemple fictif). : \_\_\_\_\_
2. Âge : \_\_\_\_\_
3. Sexe : ☐ Femme      ☐ Homme
4. Quelle est votre statut conjugal : ☐ Conjoint de fait      ☐ Marié
5. Depuis combien de temps êtes-vous en relation avec votre partenaire? (précisez le nombre de mois et/ou d'années : p.ex., 5 ans et 3 mois, 6 mois) \_\_\_\_\_
6. Avez-vous déjà des enfants de votre union actuelle? ☐ Oui      ☐ Non  
Si oui, combien? \_\_\_\_\_
7. Avez-vous des enfants d'unions précédentes? ☐ Oui      ☐ Non  
Si oui, combien? \_\_\_\_\_
8. Votre fausse couche est-elle survenue à la suite d'une grossesse planifiée?  
☐ Oui ☐ Non

Si oui, au moment de votre fausse couche, depuis combien de temps vous et votre partenaire essayiez d'avoir un enfant? (précisez le nombre de mois et/ou d'années : p.ex., 4 mois, 2 ans et 7 mois) \_\_\_\_\_

9. Si vous avez répondu Non à la question 8, veuillez cocher le choix qui complète le mieux l'affirmation suivante :

Notre fausse couche est survenue à la suite d'une grossesse

- a. Non planifiée mais accueillie avec des sentiments positifs ☐
- b. Non planifiée et accueillie avec des sentiments ambivalents ☐
- c. Non planifiée et accueillie avec des sentiments négatifs ☐

10. Combien de temps s'est écoulé depuis la récente fausse couche? (précisez le nombre de jours, semaines ou mois : p. ex., 2 semaines, 3 mois) \_\_\_\_\_

11. Aviez-vous vécu une fausse couche auparavant? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous présentement enceinte/Votre conjointe est-elle présentement enceinte?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis combien de temps? (précisez le nombre de semaines : p.ex., 14 semaines) \_\_\_\_\_

13. Sélectionnez le chiffre entre 1 et 7 qui représente le mieux votre expérience liée à la plus récente fausse couche. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Répondez en fonction de ce que vous ressentez réellement.

**Cette fausse couche a été un évènement difficile pour moi.**

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout (1)		Moyennement (4)			Énormément (7)	

14. Vous êtes invités à inscrire sur les quelques lignes suivantes tout élément contextuel qui permettrait de mieux comprendre les circonstances et votre vécu de la récente fausse couche (p. ex., femme seule lors de la fausse couche, douleur physique importante, complications, etc.).

---



---



---

15. Avez-vous consulté un/une intervenant(e) professionnel(e) en lien avec la récente fausse couche? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions suivantes :

-Type de professionnel rencontré (ex., travailleur social, psychologue)

---

-Durée du suivi (précisez le nombre de semaines ou de mois ex., 2 semaines, 3 mois) \_\_\_\_\_

-Type de suivi (ex., couple, individuel, groupe) \_\_\_\_\_

16. Encerclez le chiffre entre -3 à 3 qui représente le mieux votre perception de changement de votre engagement conjugal depuis la fausse couche. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez en fonction de ce que vous ressentez réellement.

**Depuis la fausse couche, mon engagement face à ma relation de couple a :**

-3            -2            -1            0            1            2            3

A fortement diminué (-3)    N'a pas changé (0)            A fortement augmenté (3)

17. Expliquez votre réponse à la question 16 :

---



---



---



## **Appendice D**

Questionnaire multimodal d'engagement conjugal

## QUESTIONNAIRE MULTIMODAL D'ENGAGEMENT CONJUGAL (QMEC)

(Brault-Labbé, Brassard & Gasparetto, 2017)

*Situer sur l'échelle de réponse ci-dessous, jusqu'à quel point les énoncés suivants vous représentent dans votre façon de vivre votre relation de couple actuellement. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Répondez en fonction de ce que vous ressentez ou faites réellement et non en fonction de ce que vous voudriez ressentir ou faire. Choisissez le chiffre qui vous représente le mieux.*

<b>Ne me représente pas du tout (0)</b>									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

1. Ma relation amoureuse est ce qui m'intéresse le plus dans ma vie.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
2. J'ai l'impression de négliger ma vie sociale à cause de ma vie de couple.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
3. Si je le pouvais, je serais avec mon(ma) partenaire tout le temps.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
4. J'accepte le fait que ma relation de couple implique à la fois des aspects positifs et négatifs.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
5. Même quand ma relation de couple exige beaucoup d'efforts, je n'abandonne pas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
6. Je ne vois pas ce qu'il y a d'intéressant dans ma vie de couple.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
7. Les obstacles qui surviennent dans ma vie de couple me donnent envie de laisser tomber la relation.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
8. Je sens que je sacrifie souvent mes intérêts et loisirs personnels pour ma relation amoureuse.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
9. J'ai de la difficulté à limiter le temps que je passe avec mon(ma) partenaire, même quand ça nuit à mes autres obligations.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
10. En ce moment, j'ai l'impression que les aspects négatifs de ma vie de couple prennent le dessus sur les aspects positifs.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
11. C'est grâce à ma relation de couple que je trouve la force de fonctionner au quotidien.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
12. Lorsque je fais des activités de couple, je me sens plein(e) de vigueur.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
13. Lorsque je me sens découragé(e) par ma relation de couple, je ne baisse pas les bras.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
14. J'ai l'impression que ma relation de couple est épuisante.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
15. Faire des activités avec mon partenaire a peu de sens pour moi.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
16. Les désagréments de ma relation amoureuse prennent plus de place dans mon esprit que les avantages que j'en retire.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
17. Les activités que je fais avec mon(ma) partenaire ont toujours priorité sur mes autres activités, même quand je sais que ça ne devrait pas être le cas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
18. Quand je parle de ma relation de couple, c'est avec beaucoup d'intérêt.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
19. Je m'engage dans ma relation de couple tout en étant conscient(e) que celle-ci ne peut pas être	0 1 2 3 4 5 6 7 8

parfaite.	
20. Malgré les difficultés que je rencontre avec mon(ma) conjoint(e), je persévère dans ma relation de couple.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
21. J'ai souvent l'impression de ne pas avoir l'énergie que requiert ma vie de couple.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
22. Il n'y a rien de plus important pour moi que ma relation de couple.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
23. À cause de ma vie de couple, je réalise que je mets de côté des projets ou des activités qui me tiennent à cœur.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
24. Je me sens enthousiaste vis-à-vis ma relation amoureuse.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
25. J'accepte le fait qu'une relation de couple n'est pas toujours facile.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
26. Dans ma relation de couple, tout m'apparaît lourd à porter.	0 1 2 3 4 5 6 7 8
27. Je ne ressens pas de plaisir avec mon(ma) partenaire.	0 1 2 3 4 5 6 7 8

Bonjour Mme Huot-Laurendeau,

J'atteste par la présente avoir fourni mon autorisation pour l'utilisation et la diffusion du QMEC (Questionnaire multimodal d'engagement conjugal), dont je suis auteure principale, dans votre thèse doctorale ayant pour titre :

**STRATÉGIES D'ADAPTATION ET ENGAGEMENT CONJUGAL CHEZ DES  
ADULTES EN COUPLE AYANT VÉCU UN AVORTEMENT SPONTANÉ**

Cordialement,

Anne Brault-Labbé, Ph.D., psychologue  
Professeure titulaire  
Directrice du Laboratoire de recherche en psychologie existentielle  
Département de psychologie  
Université de Sherbrooke  
Téléphone: 819-821-8000, poste 62203  
Courriel: [anne.brault-labbe@usherbrooke.ca](mailto:anne.brault-labbe@usherbrooke.ca)

## **Appendice E**

### Dual Coping Inventory

## **DUAL COPING INVENTORY (DCI)**

(Meij et al. 2008, traduit par Huot-Laurendeau, Brault-Labbé et Brassard, 2015)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice F**

### Dyadic Coping Inventory

**STRATÉGIE D'ADAPTATION DYADIQUE (DC\_F)**  
(Bodenmann, 2006, traduit en français par Lafontaine, 2008)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**



**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice G**

Inventaire de Dépression de Beck-II

**IDB-II**  
(Beck, Steer, & Brown, 1996)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice H**

Formulaire d'information sur la recherche

## **FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA RECHERCHE**

Vous êtes aujourd'hui invité(e) à participer à un projet de recherche qui s'intéresse à mieux comprendre les différentes répercussions possibles d'une fausse couche dans le quotidien de la vie de couple. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. Si vous demeurez avec des questions après en avoir pris connaissance, n'hésitez pas à vous adresser à la chercheuse responsable de la recherche, dont les coordonnées apparaissent dans le présent document. Si vous acceptez de prendre part au projet, il s'agit de remplir le questionnaire électronique auquel vous pouvez accéder en cliquant sur l'icône à cet effet, qui se trouve à la fin du présent formulaire: le fait de répondre au questionnaire atteste que vous consentez à participer à la recherche.

### **Titre du projet**

Étude quantitative des associations entre les stratégies d'adaptation et l'engagement conjugal chez des couples ayant vécu un avortement spontané.

### **Personnes responsable du projet (à contacter pour toute question relative à l'étude)**

L'étudiante Franke Huot-Laurendeau, doctorante à l'université de Sherbrooke, peut être contactée par téléphone au \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*, ou par courriel à : [f.huot@usherbrooke.ca](mailto:f.huot@usherbrooke.ca).

La chercheuse Anne Brault-Labbé, Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, peut être contactée par téléphone au 819-821-8000, poste 62203, ou par courriel à : [Anne.Brault-Labbe@usherbrooke.ca](mailto:Anne.Brault-Labbe@usherbrooke.ca).

La chercheuse Audrey Brassard, Ph.D, professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, peut être contactée par téléphone au 819-821-8000, poste 65276, ou par courriel à : [Audrey.Brassard2@usherbrooke.ca](mailto:Audrey.Brassard2@usherbrooke.ca)

### **Objectifs de la recherche**

Cette recherche vise à mieux comprendre l'expérience de chacun des partenaires d'un couple lors de la perte d'un enfant par fausse couche. Plus spécifiquement, elle vise à mieux connaître les stratégies utilisées par les partenaires pour tenter de s'adapter à ce contexte pouvant être difficile, à mieux comprendre l'influence mutuelle des partenaires dans leur manière de s'adapter ainsi qu'à explorer l'impact des stratégies utilisées sur un aspect précis de la relation de couple, l'engagement conjugal.

### **Nature de la participation**

Pour prendre part à ce projet, vous devez être adulte (18 ans et plus), cohabiter avec votre partenaire et avoir vécu une fausse couche dans la dernière année. Votre participation implique de répondre de façon anonyme à un questionnaire électronique

d'environ 30 à 45 minutes, dans lequel il vous est demandé de fournir des informations d'ordre sociodémographique, utilisées à des fins statistiques (p. ex., âge, sexe, statut civil, durée de la relation) et fournir votre degré d'accord avec des énoncés concernant divers aspects de votre expérience en couple, par exemple sur une échelle de 1 à 7. Vous serez également invités à quelques reprises à élaborer votre réponse à l'aide de quelques phrases.

### **Avantages pouvant découler de la participation**

Cette recherche vise à contribuer à l'avancement des connaissances pour mieux comprendre les liens entre les stratégies d'adaptation utilisées par les conjoints en contexte de perte périnatale et l'engagement dans la vie de couple afin d'optimiser le soutien à leur offrir. Votre participation peut être une opportunité de faire le point sur les stratégies que vous et votre partenaire utilisez ou avez utilisé afin de traverser une telle épreuve, ce qui peut être bénéfique pour vous au plan personnel et conjugal (p. ex., contribuer à mieux se connaître, cibler des difficultés spécifiques pour lesquelles il est ensuite plus facile de demander du soutien).

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Le fait de répondre à ce questionnaire requiert un certain temps (environ 30 à 45 minutes) qui s'ajoute à votre horaire. Cet inconvénient potentiel est toutefois limité par le fait que vous pouvez choisir un moment qui vous convient pour répondre au questionnaire. Il est aussi possible que certaines émotions ou souvenirs douloureux associés à la fausse couche ou à votre relation de couple soient soulevés lors de la passation des questionnaires. Dans l'éventualité où la participation à cette recherche vous occasionne un malaise ou de la détresse, vous êtes invités à consulter le CLSC ou le CSSS de votre quartier ou région aux sites internet suivants : <http://www.indexsante.ca/CLSC/> et <http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/votre-csss/>. Vous pouvez également vous adresser à l'Ordre des psychologues du Québec (par internet au site <http://www.ordrepsy.qc.ca/> ou par téléphone au numéro sans frais 1-800-363-2644) où vous pourrez trouver un psychologue susceptible de vous aider. Si après votre participation vous avez des questions sur la recherche, vous êtes en tout temps invité à les adresser à la responsable de la recherche.

### **Droit de retrait de la participation sans préjudice**

Votre participation au projet décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice. Il vous suffit de cesser de répondre au questionnaire.

### **Confidentialité des données et études ultérieures**

Puisque cette étude porte sur les liens entre vos stratégies d'adaptation et celles de votre partenaire ainsi que votre engagement conjugal et celui de votre conjoint(e), vous devrez créer un code d'identification afin que nous puissions apparier vos données à celles de votre conjoint(e). Ce code sera composé de la première lettre du prénom du partenaire féminin, suivie de la première lettre du prénom du partenaire masculin puis du numéro de l'adresse de votre résidence principale et, finalement d'un « F » si le participant est une femme et d'un « H » s'il est un homme (p.ex., Julie Lavoie, habitant au 987 rue Wellington avec son conjoint Pierre Lavoie, inscrirait « JP987F »; exemple fictif). Les données seront encryptées et conservées en lieu sûr (sous clé) dans un fichier informatisé dont l'accès nécessitera un mot de passe. Seule l'équipe de recherche impliquée dans le projet aura accès aux données, et celles-ci seront traitées de façon strictement confidentielle. Il est assuré que la diffusion des résultats (articles et communications scientifiques, formation, consultation ou enseignement) portera uniquement sur les résultats généraux qui auront été obtenus. L'anonymat des personnes ayant pris part à l'étude sera garanti en tout temps. Il est possible que les données recueillies dans cette recherche soient utilisées pour répondre à d'autres questions de recherche. Dans ce cas, l'utilisation des données serait faite sous la supervision des chercheurs responsables de ce projet.

### **Surveillance des aspects éthiques**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et Sciences humaines a approuvé ce projet de recherche (# certificat 2015-50) et en assure le suivi. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez discuter avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à monsieur Olivier Laverdière qui préside le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Vous pourrez le rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat, en composant le numéro suivant : 819-821-8000, poste 62644 ou par courriel à : [cer\\_lsh@usherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@usherbrooke.ca).

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apporté au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toutes questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant l'agente administrative du CÉR au 819-780-2220, poste 45386.

### **Personne ressource**

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec les Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS au 1-866-917-7903.



**Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude**

Je, Franke Huot-Laurendeau, chercheure de l'étude, déclare que moi-même ainsi que mes directrices de thèse sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche et nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document.

**Consentement libre et éclairé**

*J'atteste avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Je comprends que le fait de répondre au questionnaire électronique représente mon consentement à prendre part à l'étude présentée dans le présent formulaire. Je sais que je peux en tout temps me retirer de l'étude en cessant de répondre au questionnaire.*